جـــامعة دمشـــق

كـليــة الــتربيــة

قسم الإرشاد النفسي

الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)

دراسة ميدانيّة في مدينة دمشق

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

إعداد الطالبة:

سها محمد نزار فهد

إشراف الدكتورة:

صباح الســـــقا

المُدَرِّسة في قسم الإرشاد النفسي

العام الدراسي: 2012/2011م

Damascus University

Faculty of Education

Psychological Counseling Department

Depressive Symptoms and its relation with Quality of Life In Children with Diabetes Mellitus (TYPE 1)

"" A FIELD STUDY IN DAMASCUS CITY ""

A Dissertation to have a master's degree in Mental Health of Children and Adolescents

Prepared by:

Suha Mohammad Nizar Fahd

Supervised by:

Dr. Sabah Al- Saqa

Instructor in Psychological Counseling Department

Year: 2011 \ 2012

الفهرس

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة

الجدول	فهرس الجداول	رقم الصفحة

فهرس الأشكال والرسوم البيانية

رقم الصفحة	فهرس الملاحق	م
170	أسماء السادة المحكمين لمقياس نوعية الحياة (مرتبة أبجدياً).	.1
171	استمارة البيانات (الصورة الأولية).	.2
173	استمارة البيانات (الصورة النهائية).	.3
174	القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.	.4
176	مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري(المقياس الأصلي).	.5
183	مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري (بعد الترجمة).	.6
189	مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري(المقياس النهائي).	.7
196	التعديلات على بنود مقياس نوعية الحياة.	.8

الفصل الأول:

1. التعريف بموضوع البحث:

توطئة:

1-1- مشكلة البحث ومسوغاته.

1-2- أهمية البحث.

1-3- أهداف البحث.

1-4- فرضيات البحث.

1-5- التعريف بمصطلحات البحث.

1-6- المجتمع الأصلي وعينة البحث.

1-7- منهج البحث.

1-8- أدوات البحث.

1-9- حدود البحث.

1-10- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

- توطئة:

بحث العلماء لفترات طويلة الدور الذي يمكن أن تلعبه بعض العوامل النفسية في تعرض الفرد للإصابة بالمرض العضوي واستجابته له، وأشاروا إلى أن بعض العوامل النفسية قد تلعب دوراً في احتمالية التعرض للمرض، وكذلك في تفاقمه أو تراجعه عند الفرد الذي أصيب به.

ولا يعد إنكار المرض هو الاستجابة الوحيدة التي يستجيب بها الفرد، فالاكتئاب قد يكون بمثابة رد الفعل للوضع الذي يجد المريض نفسه فيه، كأن يقيد المرض نشاطه وحريته في الحركة والعلاقات، ويؤثر بصورة مباشرة وقوية على صحته النفسية ونوعية حياته، ومن الممكن أن تكون الاستجابة الاكتئابية أكثر حدة في حالة المرض المزمن؛ "حيث تعتبر الأمراض المزمنة مثل داء السكري والسرطان والأمراض القلبية والأزمة الصدرية من المسببات الرئيسة للوفاة، وتشكل هذه الأمراض ما نسبته (80%) من حالات الوفاة في الدول الغربية، وتؤكد نتائج العديد من الدراسات والبحوث أن الأعراض وإجراءات التشخيص وأنظمة العلاج الصارمة لهذه الأمراض المزمنة تعتبر مصدراً للتوتر والتعاسة النفسية مثل تزايد القلق والاكتئاب عند المصابين بهذه الأمراض" (علاء الدين وكفافي، 2006 أ، 251).

ويعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة، التي تتسبب رعايته ومضاعفاته في تشكيل عبء كبير على الفرد المصاب به وأسرته والمجتمعات بشكل عام، من الناحية النفسية والصحية والاقتصادية والاجتماعية، لذلك لابد من تقييم تأثير هذا الداء على جميع نواحي حياة المرضى، بدلاً من اقتصار التقييم على المعدلات المرضية ومعدلات الوفيات.

وهذا ما دفع الباحثة لدراسة الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-1- مشكلة البحث ومسوغاته:

عندما نقوم باستعراض نصوص الحضارات القديمة فإننا نرى أن مصطلح الاكتئاب ورد فيها، فقد ميزه قدماء الإغريق، كما أن أبقراط (القرن الرابع قبل الميلاد) أول من وصف الاكتئاب النفسي وصفاً طبياً لا يختلف عن الوصف الحالي له، وبعد ذلك قام الأطباء الرومان بتصنيف الاكتئاب إلى نوع خارجي ونوع داخلي، كما عُرف الاكتئاب في الحضارة الإسلامية من خلال الفلاسفة والأطباء العرب مثل ابن سينا (980-1037) (عن السقا، 2005، 31).

"ويرى سيلجمان أن الاكتئاب هو أنفلونزا الأمراض النفسية، فهو معروف ولكنه غامض في الوقت نفسه" (عبد الخالق والديماطي، 2008، 34)، وحوالي (12%) من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب لمدة تزيد عن السنة، وترجع خطورته إلى ارتباطه بالانتحار، حيث أن نسبة (80%) من المنتحرين تسود بينهم حالات الاكتئاب.

وقد استدعى الباحثة مسوغات عدة لهذا البحث منها اطلاعها على عدة دراسات تشير إلى انتشار الاكتئاب في كل المجتمعات وفي كل الفئات العمرية بما فيها الأطفال؛ وعلى الرغم مما أكدته المشاهدات الإكلينيكية منذ ما يربو على قرن من الزمان من ظهور أعراض الاكتئاب لدى الأطفال، فإن الباحثين لم يظهروا اهتماماً بالاكتئاب عند الأطفال حتى عام (1970)، وبينت الأبحاث التي أجريت خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي أن الأطفال قبل أن يبلغوا سن المراهقة يتطور لديهم فعلياً الأعراض التي تشكل متلازمة الاكتئاب (عبد الله، 2001، 252).

وتبين في دراسات واسعة النطاق في الولايات المتحدة الأمريكية أن الاكتئاب الحاد يؤثر في (3-5%) من الأطفال والمراهقين، وأن (15%) من الأطفال والمراهقين لديهم بعض أعراض الاكتئاب، وأنه بعمر (14) سنة يصبح اضطراب الاكتئاب أكثر شيوعاً بمرتين لدى الفتيات بالمقارنة مع الفتيان، وربما السبب هو الاختلاف في أساليب التكيف أو التغيرات الهرمونية، ولكن النتيجة التي تبعث على القلق هي أن أكثر من (70%) من الأطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب أو غيره من الاضطرابات المزاجية لا يتلقون تشخيصاً وعلاجاً مناسباً (Bhatia and Bhatia ، 2007،73).

وتشير الإحصائيات الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية إلى أن الاكتئاب يؤثر على (121) مليون شخص في العالم (www.who.int, download in 05.01.2011)، وتنتشر أعراض الاكتئاب في المجتمع بمعدل يتراوح ما بين (13–20%) من إجمالي السكان، ومن هؤلاء هناك (7%) يعانون من حالات اكتئاب شديدة، وقد شملت هذه الدراسات العديد من الدول في العالم، كما لوحظ هناك ميل للاكتئاب لدى فئات معينة من الناس أكثر من غيرها، مثل من يتعاطون الكحول والمخدرات، ومن يعانون من أمراض مزمنة...الخ (http://ar.wikipedia.org/depression download in 02.09.2011)

وفي دراسة (عبد الخالق، 1999) التي قامت بعرض نتائج خمس عشرة دراسة، أجريت على عينات تقارب سبعة عشر ألفاً من تلاميذ المدارس (من الجنسين)، مستمدة من ثماني دول هي (مصر، الكويت الأردن، قطر، السعودية، البحرين، سوريا، والولايات المتحدة الأمريكية)، طبقت فيها القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، تبين أن أعلى درجة للاكتئاب بين الذكور كان لدى العينة الأمريكية، وأعلى درجة للاكتئاب بين الإناث كان لدى العينة المصرية، وكانت درجة الاكتئاب لدى الإناث أعلى من الذكور في كل الدول التي أجريت عليها هذه الدراسات ماعدا الكويت والبحرين.

وفي دراسة (عبد الخالق والديماطي، 2003) في السعودية بلغ معدل انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الإناث (12,32%) بينما الذكور(11,56%)، وتبين في دراسة أجريت على المجتمع السوري (عبد الخالق ورضوان، 1999) أن معدل انتشار الاكتئاب لدى الذكور بلغ (4,4%)، بينما معدل انتشاره بلغ (5,4%) لدى الإناث، بالإضافة إلى ارتفاع متوسط الاكتئاب لدى الإناث بالمقارنة مع الذكور.

ويظهر الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين على شكل متلازمة (Syndrome) من الأعراض تتضمن الحزن الدائم، الانسحاب الاجتماعي عن الأسرة والأصدقاء والنشاطات التي كان يستمتع بها الطفل سرعة الغضب، انخفاض الأداء المدرسي ورفض الذهاب للمدرسة والهروب منها، تغير عادات الأكل والنوم (كنقص الوزن بشكل ملحوظ أو زيادته، الأرق أو النوم الزائد)، الشكاوى الجسدية المتكررة (كالصداع وألم المعدة)، نقص الدافعية، نقصان مستوى الطاقة والتعب المزمن، اللعب الذي يتضمن العدوان الزائد تجاه النفس والآخرين، أو الذي يتضمن موضوعات حزينة بشكل دائم، تردد وقلة التركيز أو كثرة النسيان الشعور بعدم القيمة أو الذنب الزائد، وأفكار متكررة عن الموت أو الانتحار.

(merica.net download in 22.04.2009www.mentalhealtha) ، وتمت الإشارة في المجلة الأمريكية للطب الوقائي، ضمن دراسة (Hallfors, 2004) أن الانتحار هو المسبب الثالث للموت في الأعمار (15-19 سنة) (www.ajpm-online.download in 03.24.2011).

ويؤثر الاكتئاب سلباً على الطفل، من حيث تطور المهارات لديه (على سبيل المثال) وتكون مفهوم الذات، والمشكلة الكبرى هنا أن الأطفال المكتئبين يتزايد الاستعداد لديهم في المستقبل للإصابة بالاكتئاب عندما يكبرون ويبلغون مرحلة الرشد (الخالق والديماطي، 2008، 35).

وقد يصيب الاكتئاب أي شخص إلا أن المصابين بداء السكري أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب (انظر الصفحة 7)، ولا يعلم أحد بشكل مؤكد سبب ذلك، فقد يكون من أحد الأسباب الرئيسية تغيير نوعية حياة هؤلاء المرضى من النواحي الجسدية والاجتماعية والنفسية، فنوعية الحياة هي مفهوم متعدد الجوانب تتضمن مكونات عدة منها مكون معرفي (الرضا)، ومكون وجداني (السعادة)، وبمعنى آخر فإن "مصطلح نوعية الحياة يتضمن تقبل المرضى لإصابتهم المرضية، والرضا عن التدابير العلاجية، الأداء الاجتماعي والوظيفي، والصحة النفسية والسعادة في الحياة، بحيث تعتبر نوعية الحياة معياراً مهماً لتقييم نتائج العلاج المتعلقة بالسعادة النفسية" (Doblhammer and Scholz, 2005, 204).

وهذا المفهوم يدمج بين الصحة النفسية والجسدية، فالأشخاص الذين يعانون من داء السكري أحياناً يشعرون بالتحدي نتيجة مرضهم والتعامل اليومي معه والمتطلبات الناشئة عنه، فداء السكري يرتبط بشكل خاص بانخفاض نوعية الحياة، وإن درجة تأثير داء السكري على نوعية الحياة (مثال الوظائف الجسدية والاجتماعية والمهنية والأدوار الملتزم بها) تتأثر بعوامل متعددة مثل العوامل الديموغرافية، كفاية الدعم الاجتماعي، وجود المضاعفات الصحية والاكتئاب (عن قريط، 2006، 32)، "فالاكتئاب يمكن أن يضع المريض في حلقة مفرغة ويصرفه عن الاهتمام والعناية بداء السكري وهذا يمكن أن يُفاقم ويزيد من الشعور بالاكتئاب" (توشيت، 2001، 509).

لذلك فإن معالجة المريض النفسية والدوائية من الاكتئاب تساعده في زيادة القدرة على التحكم بداء السكري، حيث أن ارتفاع سكر الدم يسبب ضرراً شديداً للأنسجة ويترافق مع مضاعفات طويلة الأمد "فيمكن أن يؤدي داء السكري بمرور الوقت إلى إلحاق الضرر بالقلب والأوعية الدموية والعينين والكليتين والأعصاب، وهذا قد يتسبب في حدوث مشاكل مزمنة وفي الوفاة المبكرة".

(www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ar download in 12.04.2009)

وداء السكري له نمطان رئيسيان، حيث يظهر النمط الأول في مرحلة مبكرة من حياة الإنسان ويصيب الأطفال وصغار الشباب، وفي هذا النمط فإن خلايا بيتا التي تنتج هرمون الأنسولين في جزر لنغرهنس في البنكرياس يهاجمها الجهاز المناعي للجسم ويدمرها، مما يؤدي إلى فشلها تماماً في أداء دورها (إنتاج الأنسولين) نتيجة لتلفها وهذا يهدد حياة الشخص، لذلك فإن هؤلاء الأطفال المرضى يحتاجون إلى

حقن بجرعات الأنسولين للحفاظ على حياتهم، ولهذا يسمى داء السكري المعتمد على الأنسولين (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) واختصاراً (IDDM) (حسن، 2006، 50).

أما النمط الثاني فهو يظهر عادة في سن متقدمة أي بعد سن الأربعين، ويسمى داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus)، واختصاراً (NIDDM)، ويكون الجسم في هذا النمط غير مستجيب للأنسولين (مقاوم للأنسولين) و/أو عدد خلايا بيتا المنتجة له في تناقص مستمر وإنتاجها من الأنسولين قليلاً، والمريض هنا يمكن معالجته بتنظيم الأكل، وتخفيف الوزن الذي يقلل من مقاومة الأنسولين فضلاً عن العلاج الدوائي الذي يزيد من إنتاج الأنسولين (Kaufman, 2008, 7).

وأثبتت دراسة (Sommerfield, 2004) في الولايات المتحدة الأمريكية أن التأثيرات طويلة الأمد لارتفاع سكر الدم، قد تؤدي إلى الشعور بعدم السعادة وقلة النشاط والتوتر الكثير، وبخاصة لأولئك المصابين بداء السكري في عمر صغير جداً، "وتبلغ نسبة المصابين بالنمط الأول من داء السكري (10%)- من مجموع الإصابات بداء السكري- بينما النمط الثاني (90%)، وهو الأكثر شيوعاً وانتشاراً" (علاء الدين وكفافي، 2006 ب، 256).

وقد تزايد النمط الأول بحوالي (3−4%) في السنة لدى المراهقين، وهذه النسبة أكثر لدى الأطفال دون عمر (5) سنوات، وهذا ما جعل داء السكري من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً في مرحلة الطفولة (Kaufman, 2008, 6).

وفي هذا البحث وبعد اطلاع الباحثة على الأدبيات تم تناول داء السكري لدى الأطفال (النمط الأول) باعتبار أن هذا الداء يبدأ في مرحلة مهمة جداً من حياة الإنسان، فتأثيره كبير على كافة جوانب شخصية الطفل الذي قد لا يستطيع العناية بنفسه، بالإضافة إلى أنه يهدد الحياة إذا لم يتم الالتزام بسلوكيات الرعاية الذاتية يومياً، من قياسات متكررة لمستوى السكر بالدم، تسجيل النتائج، حقن يومي لجرعات الأنسولين، التقيد بنظام غذائي صحي، تمارين رياضية، ومراجعة طبية دورية ومنتظمة لضبط الداء، لمنع ظهور المضاعفات المهددة للحياة على المدى الطويل، كالفشل الكلوي وأمراض الشبكية والأعصاب، وكل هذه الأمور قد تؤثر بالحالة المزاجية للطفل ونوعية حياته.

وقد اتضح أن نسبة انتشار الاكتئاب بين الأطفال المصابين بداء السكري كانت ضعفين بالمقارنة مع الأطفال غير المرضى، ونسبة انتشاره لدى المراهقين المرضى ثلاثة أضعاف انتشاره لدى غير المرضى (Grey et al., 2002)، وفي دراسة (Goldney et al., 2004) بلغ انتشار الاكتئاب لدى العينة المصابة بداء السكري (24%) بالمقارنة مع (17%) بالنسبة لغير المصابين بداء السكري.

وتبين في دراسة (Hood et al., 2006) على الأطفال من عمر (10–18 سنة) أن واحداً من أصل سبعة من أفراد العينة المصابين بداء السكري يعانون إكلينيكياً (سريرياً) من الاكتئاب، وحصلت الإناث على درجات أعلى على مقياس الاكتئاب بالمقارنة مع درجات الذكور، وتبين في دراسة أخرى (Hislop et al., 2007) أن (35%) من المراهقين المصابين بداء السكري يعانون من أعراض الاكتئاب.

ومما أيد شعور الباحثة بوجود مشكلة تستحق البحث، التأثيرات المختلفة على جوانب حياة الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)، حيث أظهرت كثير من الدراسات مثل الدراسات التالية (Nansel et al., 2008) (McDonnell et al., 2007) و(Laffel et al., 2003)، أن الأعراض الاكتئابية يمكن أن تفاقم من الحالة الصحية للطفل المصاب بداء السكري من حيث ضعف ضبط سكر الدم، المضاعفات الصحية، تكرار مرات العودة للمستشفى، بالإضافة إلى نوعية حياة منخفضة.

وتبين في دراسة (قريط، 2006) أن (68.21%) من المصابين بداء السكري عبروا عن درجة معتدلة من نوعية الحياة، بالمقارنة مع (31.8%) فقط عبروا عن درجة مرتفعة من نوعية الحياة.

كل المسوغات السابقة قد دفعت الباحثة لدراسة الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

ويمكن صياغة مشكلة البحث بالسؤال الرئيس التالي:

– هل توجد علاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)؟

1-2- أهمية البحث: تأتي أهمية البحث من أهمية النتائج التي سيتوصل إليها:

1- تناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)، حيث لا توجد دراسة محلية أو عربية (على حد علم الباحثة) تتناول هذا الموضوع، لذلك يمكن أن يكون هذا البحث مقدمة لأبحاث ودراسات قد تجرى في المستقبل.

2- دراسة الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال (عينة البحث)، لما لهذا الاضطراب من تأثيرات سلبية في هذه الفترة الحرجة والمهمة من العمر (10- 18) سنة، حيث أن هذا الاضطراب يؤثر على مختلف جوانب حياة الطفل (الاجتماعية، التعليمية، النفسية وغيرها).

3- إلقاء الضوء على نوعية حياة الأطفال المصابين بداء السكري، التي يمكن أن تُأهب للاكتئاب وبالتالي العمل على تحسين نوعية حياتهم ليس فقط نوعية الحياة الصحية بل بكافة جوانبها، لتطوير أنماط حياتية جديدة.

4- يمكن أن ينبه العاملين في المجال الطبي إلى أهمية الجوانب النفسية عند الأطفال المصابين بداء السكري.

1-3- أهداف البحث: سعى هذا البحث إلى تحقيق ما يلي:

1- التعرف إلى العلاقة بين الأعراض الاكتئابية، ونوعية الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

2- التعرف إلى العلاقة بين الأعراض الاكتئابية، ومجالات نوعية الحياة (الرضا عن الحياة، مدى تأثير الإصابة بداء السكري، القلق المتعلق بداء السكري) لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

3- التعرف إلى دلالة الفروق في درجة الأعراض الاكتئابية، وفق متغيرات (الجنس، العمر، مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى، وجود أفراد في الأسرة مصابين بداء السكري، المضاعفات) لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

4- التعرف إلى دلالة الفروق في نوعية الحياة، وفق متغيرات (الجنس، العمر) لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-4- فرضيات البحث:

1-4-1- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين نوعية الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول) ، ويتفرع عنها:

1-4-1-1- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى الرضا عن الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-4-1-2- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى تأثير الإصابة بداء السكري؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-4-1-3- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى القلق المتعلق بداء السكري؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-4-2- لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغيرات (الجنس، العمر، مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى، وجود أفراد مصابين بداء السكري، والمضاعفات)؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-4-3- لا توجد فروق دالة في متوسط درجة نوعية الحياة، وفقاً لمتغيري (الجنس، العمر)؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

1-5- التعريف بمصطلحات البحث: في ضوء البحث استخدمت الباحثة المفاهيم التالية حيثما وردت وبالمعاني الإجرائية المقابلة لكل منها:

1-5-1- اكتئاب الأطفال Children Depression: اضطراب يتظاهر بانخفاض المزاج (مزاج مستثار عند الأطفال والمراهقين)، وفقدان واضح للاهتمام والاستمتاع بالنشاطات المعتادة، بالإضافة إلى زيادة أو نقصان في الوزن (الإخفاق في كسب الوزن عند الأطفال)، أرق أو فرط النوم، تعب وفقدان الطاقة في

معظم الأيام، مشاعر الدونية والذنب المبالغ فيه، تناقص القدرة على التركيز، أفكار متكررة عن الموت (نلسون،2009،158)، وهي الأعراض التي يشير إليها الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي في طبعته الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR). وتم تعريفه إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل على القائمة العربية لاكتئاب الأطفال المستخدمة في هذا البحث وتتراوح الدرجة عليها بين (27) و(81) درجة.

1-5-2- نوعية الحياة Quality of Life: تعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO) بما يلي: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن نوعية الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته (WHOQOL,1997,1)، وتم تعريفه إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس نوعية الحياة المستخدم في هذا البحث، حيث تتراوح درجة نوعية الحياة على هذا المقياس بين (51) و (255) درجة.

1-5-3- داء السكري Diabetes Mellitus: هو متلازمة تتصف باضطراب الاستقلاب وارتفاع شاذ في تركيز سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين، أو انخفاض حساسية الأنسجة للأنسولين، أو كلا الأمرين (Tierney and McPhee and Papadakis, 2002)، نتيجة تداخل العوامل الوراثية والبيئية بالطريقة التي يظهر فيها نوع معين من هذا الداء سواء النمط الأول أو الثاني (Roith,1996, 251).

1-5-4- داء السكري (النمط الأول)– داء السكري المعتمد على الأنسولين– Insulin Dependent Diabetes Mellitus: هو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً في مرحلة الطفولة، وهذا الداء يؤثر على أسلوب حياة الأطفال وعائلاتهم، وذلك لكونه يتضمن تعويض الأنسولين المفقود في الجسم وضبط مستويات السكر بالدم (Australasian Paediatric Endocrine Group , 2005 ,1)، وتم تعريفه إجرائياً بأنه ما يحدده التشخيص الطبي بإحدى طرق التشخيص المختلفة، وأكثرها شيوعاً هو تحليل سكر الدم بعد الامتناع عن الأكل والشراب لفترة ثمان ساعات، بحيث يبلغ المستوى أكثر من (126) ملغ/دل في يومين مختلفين.

1-5-5- تعريف الطفل: تُعرِّف اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن منظمة الأمم المتحدة لحماية الطفل (اليونيسيف UNICEF) الطفل في المادة الأولى بأنه: كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة أو لم يبلغ سن الرشد، أي أن الطفل هو الذي مازال في حاجة إلى رعاية ووصاية وغير قادر على تحمل المسؤولية المدنية والاجتماعية بمفرده (www.unicef.com download at 01.09.2011). وتم تعريف الطفل إجرائياً في هذا البحث بأنه يتراوح عمره بين (10-18) سنة، ويدرس في صفوف الحلقة الثانية من التعليم الأساسي وصفوف التعليم الثانوي، وهو مصاب بمرض مزمن هو داء السكري (النمط الأول)، ويراجع أحد المراكز الصحية في مدينة دمشق.

1-5-6- مدة الإصابة: هي الفترة الزمنية للإصابة بالمرض (داء السكري)، والتي تبدأ منذ التشخيص الطبي له، وتم تعريف مدة الإصابة إجرائياً ضمن البحث بالفترات التالية: أقل أو يساوي سنة، أكثر من سنة.

1-5-7- عدد مرات الدخول للمشفى: هي عدد المرات التي دخل فيها الطفل إلى المستشفى بعد إصابته بداء السكري (النمط الأول) نتيجة المضاعفات الطبية الحادة المرافقة له، وتم تعريف عدد المرات إجرائياً ضمن البحث: أقل أو يساوي ثلاث مرات، أكثر من ثلاث مرات.

1-5-8- المضاعفات: يمكن لداء السكري أن يتسبب في العديد من المضاعفات وهي مضاعفات قصيرة أو طويلة المدى، فالمضاعفات قصيرة الأمد هي نقص سكر الدم، الحماض الكيتوني أو ارتفاع سكر الدم. وتحدث هذه المضاعفات إذا كان المريض لا يلقى العناية الكافية؛ أما المضاعفات الخطيرة طويلة الأمد فتشمل أمراض الجهاز الدوراني (كالأمراض القلبية الوعائية، القصور الكلوي المزمن، تلف الشبكية الذي يمكنه أن يؤدي للعمى، تلف الأعصاب وله أنواع كثيرة، تلف الشعيرات الدموية الذي يمكن أن يؤدي للعقم وبطء التئام الجروح. ويمكن أن يؤدي بطء التئام الجروح – خصوصاً جروح القدمين – إلى الغرغرينا التي يمكن أن تؤدي إلى البتر (Tierney et al., 2002)، وتم تعريف المضاعفات إجرائياً ضمن البحث بالمضاعفات الحادة (قصيرة الأمد) وهي: حالات ارتفاع سكر الدم، حالات انخفاض سكر الدم، وحالات الحماض الكيتوني.

1-6- المجتمع الأصلي وعينة البحث:

يشمل المجتمع الأصلي للبحث جميع الأطفال المترددين إلى عيادة السكري ضمن المراكز الصحية في مدينة دمشق، والبالغ عددهم (308) والذين تتراوح أعمارهم بين (10–18) سنة في العام (2010-2011)، وقد تألفت عينة البحث من (100) طفل مصاب بداء السكري من النمط الأول، منهم (45) ذكور و(55) إناث، والذين تتراوح أعمارهم بين (10–18) سنة، وتقابل كل من مرحلة الطفولة المتأخرة (10-11- 12) سنة، مرحلة المراهقة المبكرة (13–14–15) سنة، ومرحلة المراهقة الوسطى (16-17-18) سنة (زهران، 1977، 55، 370)، وقد سحبت العينة بالطريقة العرضية (انظر الفصل السادس ص107).

1-7- منهج البحث:

سعى هذه البحث إلى دراسة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)؛ ولذلك استلزمت طبيعة هذا البحث استخدام المنهج الوصفي التحليلي. وينطلق هذا المنهج من ظاهرة موجودة في المجتمع، ويقوم على وصفها وتحليل وبيان العلاقة بين مكوناتها، حيث أن المنهج الوصفي التحليلي يجري لأغراض علمية لتطوير المعرفة (حمصي، 1991، 162).

1-8- أدوات البحث: استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

1- استمارة البيانات من إعداد الباحثة.

2- القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من إعداد عبد الخالق، والتي تم تقنينها على عينات سورية بمشاركة رضوان عام (1999).

3- مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري (Indiana Diabetes Quality Of Life Questionnaire: Youth)، من إعداد أنغرسول ومريرو(Ingersoll and Marrero) عام (1991) للأطفال من عمر(10–18) سنة.

1-9- حدود البحث:

– الحدود البشرية: تكونت عينة البحث من الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول) ضمن المرحلة العمرية (10-18) سنة.

–الحدود المكانية: العيادات التخصصية بالسكري ضمن المراكز الصحية في مدينة دمشق (راجع الفصل السادس ص106)

– الحدود الزمنية: وتتمثل بالفترة الممتدة من 2010/4/25 ولغاية 2010/8/1.

1-10- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية، وذلك بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم (SPSS) النسخة (15) وهذه الأساليب هي:

– معادلة ألفا كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي، معامل سبيرمان– براون وجوتمان لحساب ثبات المقياس.

– استخدام (t. Test) ستودنت لتحديد دلالة الفروق بين ذوي الدرجات الدنيا والدرجات العليا لحساب الصدق التمييزي للمقياس.

– معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation)، لحساب معامل الارتباط بين المتغيرات.

– استخدام مان ويتني (Mann-Whitney)، لتحديد دلالة الفروق بين مجموعتين.

– استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، لتحديد دلالة الفروق بين ثلاث مجموعات.

– اختبار المقارنات المتعددة (Scheffe) للتعرف إلى مقدار الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها.

– المتوسط (Mean).

– الانحراف المعياري (Standard Deviation).

الفصل الثانـي:

2. دراسات سابقة:

توطئة:

2-1- الدراسات العربية.

2-2- الدراسات الأجنبية.

2-2-1- الدراسات التي تناولت الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري.

2-2-2- الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري.

2-2-3- الدراسات التي تناولت الاكتئاب وعلاقته بنوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري.

2-3- تعقيب على الدراسات السابقة.

– توطئة:

على الرغم من وجود دراسات وأبحاث عدة تناولت الاكتئاب وداء السكري، فلابد من الإشارة إلى قلة الدراسات العربية التي تناولت داء السكري (النمط الأول) لدى الأطفال، حيث تطرق معظمها للنمط الثاني ولم تشأ الباحثة عرض الدراسات التي تناولت على حدة كل من المتغيرين (الاكتئاب) (نوعية الحياة) أوكلاهما معاً على غير المصابين بداء السكري، وذلك لعدم تحقيقها لأهداف البحث الموجه للمصابين بداء السكري، وبالتالي تم ذكر الدراسات العربية التي خدمت البحث، والتي قد عرضت لأحد المتغيرين أو كلاهما أو متغيرات قريبة منهما (كالعوامل النفسية، الاجتماعية، سمات شخصية، أو أمراض نفسية أخرى) على عينة من المصابين بداء السكري سواء النمط الأول أو الثاني، أما بالنسبة للدراسات الأجنبية فقد تم عرض الدراسات التي تناولت الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بداء السكري، بالإضافة إلى الدراسات التي تتصل بنوعية الحياة، والدراسات التي تناولت الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة.

2-1- الدراسات العربية:

– دراسة محمد هشام الحناوي (1987) القاهرة:

عنوان الدراسة: المظاهر الصحية والنفسية لمرض البوال السكري بين الأطفال.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– التعرف إلى المتغيرات النفسية والاجتماعية والطبية التي تميز بين مرضى داء السكري.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (60) طفل مصاب بداء السكري من الأطفال مرتادين إلى العيادات الخارجية بمعهد السكر، تتراوح أعمارهم بين 6 و14 سنة، وقد تم توزيعهم في عينتين، عينة من الأطفال مكونة من (30) طفلاً أصيبوا بغيبوبة السكر أو أكثر خلال العام الأخير، وعينة ضابطة مكونة من (30) طفلاً من نفس السن والمواصفات، ولكنهم لم يصابوا بغيبوبة سكر خلال العام الأخير.

أدوات الدراسة: تم تطبيق استمارة بيانات نفسية اجتماعية على أفراد المجموعتين خلال مقابلة فردية مع كل طفل، مع إجراء الفحص الإكلينيكي والمعملي اللازم للداء.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- يرتبط ضبط داء السكري بعدد من العوامل النفسية والاجتماعية والمادية.

- يرتبط ضبط داء السكري بعدد من عوامل الترابط الأسري والحياة الميسرة المستمرة بدون أزمات.

- كما أن العامل النفسي يعتبر عاملاً مهماً جداً للإصابة بداء السكري، وكذلك كمسبب لحدوث غيبوبة السكري عند الأطفال.

- وتبين من الدراسة أن أهم أعراض داء السكري عند الأطفال هي: البوال الكثير، نقص الوزن والضعف، البوال الليلي، كثرة شرب الماء دون ارتواء، حدوث التهابات مزمنة، وحكة جلدية، ثم حدوث غيبوبة السكر المفاجئة.

- وأخيراً تبين من الدراسة أن عامل الوراثة لا يلعب دوراً كبيراً في حدوث داء السكري لدى الأطفال.

<u>- دراسة عبير ياسين الحياري (2002)الأردن:</u>

عنوان الدراسة: مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرهم ودور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- معرفة مدى تأثير داء السكري على الأطفال المصابين به وأسرهم والتعرف إلى أهم المشكلات التي تعاني منها الأم والطفل جراء إصابته بداء السكري.

- التعرف إلى دور الأخصائي الاجتماعي عند الأطفال المصابين بداء السكري.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (60) طفلاً من الأطفال المقيمين والمراجعين لمستشفى الجامعة الأدرنية والمراجعين للمركز الوطني للسكري، والغدد الصم وأمراض الوراثة ضمن الفئة العمرية (6-12) سنة.

أدوات الدراسة: تم تطوير استبانة تحتوي على مجموعة من الأسئلة ومقسمة إلى جزئين الأول موجه للأم، والثاني موجه للطفل المصاب بداء السكري، وتشتمل الاستبانة على خصائص الطفل وأسرته

المتعلقة بمتغيرات (المستوى التعليمي والعمر والمهنة للوالدين كلاهما، وعدد أفراد أسرة الطفل، ومعدل الدخل الشهري للأسرة)، وكذلك خصائص الطفل المتعلقة بمتغيرات (عمر الطفل، وجنسه، وترتيبه التنازلي بين إخوته الذكور والإناث)

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– إن معظم المشكلات التي تعاني منها الأم تنازليا بعد إصابة طفلها تشمل: زيادة أعباء الرعاية الصحية المترتبة على الأم، وصعوبة التعامل مع سلوكيات الطفل داخل المنزل والعصبية الزائدة للطفل، وهناك رفض الطفل لأخذ حقنة الأنسولين، و زيادة الأعباء المادية على الأسرة جراء إصابة الطفل بداء السكري.

– أما أهم المشكلات التي يعاني منها الطفل فكانت على التوالي: الغضب من مراقبة الوالدين لسلوكه باستمرار، ومن الحماية الزائدة التي يحاط بها، وعدم تفضيل الطفل أن يعرِّف أصدقائه بإصابته، وازدياد تعلق الطفل بأمه بعد إصابته بداء السكري.

– وأخيراً أظهرت النتائج أن هناك ضرورة لوجود الأخصائي الاجتماعي لمحاولة التخفيف من الضغوط الناتجة عن هذا الداء على الطفل وأسرته، حيث يساعد وجود الأخصائي الاجتماعي في مساعدة الأهل على حسن التعامل مع الداء في مراحله الأولى خصوصاً مرحلة الصدمة الأولى من تشخيص الطفل بداء السكري، لما لها أثر إيجابي على حسن تعامل الأسرة مع الطفل في المراحل اللاحقة من مرضه.

<u>– دراسة أحمد عبد االخالق وعبد الغفار الديماطي (2003) المملكة العربية السعودية:</u>

عنوان الدراسة: معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين السعوديين.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– تحديد معاملات الثبات والصدق للمقياس المستخدم، فحص الفروق بين الجنسين في الاكتئاب، تحديد الفروق بين الأعمار في الاكتئاب، واستخراج معدلات انتشار الاكتئاب.

عينة الدراسة: تكونت العينة الإجمالية (7211)، حيث بلغ عدد الذكور (ن=2159) وعدد الإناث (ن=5052)، وتراوحت أعمارهم من (11- 19) سنة، وكان جميع أفراد العينة من الجنسية السعودية.

أدوات الدراسة: تم استخدام المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال و المراهقين (من إعداد عبد الخالق).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– اتسم المقياس باتساق داخلي يتراوح بين "المقبول" للمقاييس الفرعية و"المرتفع" للدرجة الكلية، بالإضافة إلى صدق مقبول في مقابل محكين، وصدق عاملي مرتفع.

– كان متوسط الإناث على المقياس أعلى من متوسط الذكور بمستوى دال في كل المقاييس الفرعية والدرجة الكلية، حيث بلغ معدل انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الإناث (12,32%) بينما الذكور (% 11,56).

– متوسط الدرجة الكلية يبدأ منخفضا في العمر (11) سنة، ثم يتزايد باطراد مع استثناءات قليلة حتى عمر (18) سنة، ثم ينخفض قليلا في عمر (19) سنة.

<u>– دراسة أمنة قريط (2006) الأردن:</u>

عنوان الدراسة: نوعية الحياة الصحية، الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى المرضى المصابين بالسكري من النمط الثاني.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى :

– تحديد مستويات التكيف، الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

– بحث العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات التالية: استراتيجيات التكيف، الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (151) فرد، (77) ذكور و (74) إناث، تتراوح أعمارهم بين (30-78) سنة، تم اختيارها بشكل عشوائي من (8) مراكز صحية.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الشخصية، استمارة عن المعلومات الديموغرافية، وثلاثة استبيانات هي: فهرس لقياس نوعية الحياة، مقياس الدعم الاجتماعي، استبيان لقياس التكيف.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– فيما يتعلق بمستوى الدعم الاجتماعي، فإنّ (39,7%) من أفراد العينة عبروا عن مستوى منخفض و(39,8%) عبروا عن مستوى متوسط من الدعم الاجتماعي، وما تبقى (24,5%) عبروا عن مستوى عالي من الدعم الاجتماعي، وتبين عدم وجود علاقة دالة بين مستوى الدعم الاجتماعي وكل من العمر والمستوى التعليمي ووجود سوابق عائلية للمشتركين، بينما وجدت علاقة دالة بين مستوى الدعم الاجتماعي وكل من جنس المشترك والحالة الاجتماعية ووجود عمل ووجود مضاعفات من الداء السكري ومستوى الدخل الشهري.

– فيما يتعلق بنوعية الحياة، فإن (68,21%) عبروا عن مستوى معتدل من نوعية الحياة، بينما (31,8 %) عبروا عن مستوى عالي، وتبين وجود علاقة دالة بين نوعية الحياة و العمر، الوضع الاجتماعي، المهنة، الدخل، التكوين الأسري، ومضاعفات السكري ونوعية العلاج المتبع، بالإضافة لذلك تبين وجود علاقة ذات إحصائية بين نوعية الحياة والدعم المقدم من الزوج والزوجة، الآباء، الأجداد الأخوة والأخوات، زملاء العمل والأصدقاء.

– وأخيرا بالنسبة لمستوى التكيف، فتراوح بين (37,7%) معتدل، و(62,3%) مستوى عالي، وتبين وجود علاقة دالة بين مستوى التكيف والعمر، المهنة، المضاعفات، ومدة الإصابة بالسكري، وأخيراً تبين وجود علاقة دالة بين التكيف ونوعية الحياة.

<u>– دراسة هدى جعفر حسن (2006) الكويت:</u>

عنوان الدراسة: مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– الاستدلال عن العلاقة بين مرض السكر وبعض العوامل النفسية مثل (نمط السلوكِ A والذي ينبئ بمرض الشريان التاجي للقلب ، والعصابية، والعدوان، و الغضب).

عينة الدراسة: تكونت العينة من(239) فرداً، منهم (122) من مرضى السكري (51 من النمط الأول، و71 من النمط الثاني) من العيادة الخارجية لمرض السكر، في حين أن عدد أفراد العينة الضابطة من غير المرضى (117)، وتراوحت أعمار العينة بين (13-73) سنة.

أدوات الدراسة: استخدمت أربعة مقاييس لجمع بيانات الدراسة، وهي نمط السلوك (A)، والعصابية والعدوان، وحالة الغضب وسمته والتعبير عنه.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– بينت النتائج أن العمر ارتبط إيجابيا بنمط السلوك (A) وضبط الغضب، ولكنه ارتبط سلبياً بالعصابية والعدوان، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب.

– إن مدة الإصابة بالمرض (للعينة المرضية) ليس لها علاقة بأي من متغيرات الدراسة.

– حصل مرضى السكر على درجات أعلى على مقياس نمط السلوك (A)، في حين حصل غير المرضى على درجات أعلى على كل من: حالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب. كما أن مرضى السكر من النوع الأول حصلوا على درجات أعلى على مقياس العدوانية وحالة الغضب مقارنة بمرضى السكر من النمط الثاني.

– من جانب آخر فإن الذكور أظهروا درجة عالية على نمط السلوك (A)، في حين أظهرت الإناث درجة عالية على العصابية.

<u>– دراسة محمد الشديفات (2007) الأردن:</u>

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– التعرف على الضغوط النفسية التي تواجه الاطفال المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات (العمر، الجنس، العمر عند التشخيص، عدد مرات دخول المستشفى، عدد مرات ارتفاع سكر الدم وهبوطه).

عينة الدراسة: تكونت العينة من المصابين بداء السكري من النوع الأول، والمصابين بالربو القصبي (90) طفلاً لكل فئة، و(90) طفلاً من غير المصابين بداء السكري وأي مرض مزمن آخر وتم اختيارهم بالطريقة القصدية.

أدوات الدراسة: تم تصميم استبانة الضغوط النفسية والتي تكونت من (32) فقرة، صيغت على شكل حدث يتعرض المشارك في الدراسة له، ويشكل ضغطاً نفسياً، وتم استخراج دلالات الصدق والثبات لهذه الأداة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– إن أعلى ضغوط نفسية كانت عند الأطفال المصابين بالسكري بمتوسط قدره (3,38) درجة من أصل (5) درجات، ثم يليه في الضغوط الأطفال المصابين بالربو القصبي بمتوسط قدره (2,73) درجة، في حين كانت أقل الضغوط لدى الأطفال العاديين بمتوسط (1,73) درجة، كما أنه كلما زاد عدد مرات دخول المستشفى زادت الضغوط النفسية، وأيضاً كلما زاد عدد مرات ارتفاع السكر في الدم زادت الضغوط النفسية وكذلك كلما زاد عدد مرات هبوط السكر في الدم زادت الضغوط النفسية، وأن الإناث يتعرضن لضغوط نفسية أكثر من الذكور، والأطفال في مرحلة المراهقة أكثر عرضة للضغوط النفسية من الأطفال الأقل عمراً، ولم تكن هناك فروق في الضغوط النفسية ترجع إلى العمر عند التشخيص.

– دراسة جاسم محمد المرزوقي (2008) الإمارات العربية المتحدة:

عنوان الدراسة: الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (داء السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– معرفة أثر الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بداء السكري من النمط الثاني.

عينة الدراسة: تكونت العينة من المرضى المصابين بالنمط الثاني من المواطنين والمقيمين المستفيدين من الخدمات الطبية التي يقدمها مستشفى القاسمي ومستشفى الكويت والعيادات الخارجية التابعة لهما في إمارة الشارقة، وبلغ عددهم (119) مصاباً بالسكري، وشملت الدراسة متغيرات: العمر (30–45 سنة) و (أكبر من 45 سنة)، الجنس(ذكور و إناث)، المستوى التعليمي (أمي، يقرأ و يكتب، المرحلة الثانوية ودونها، جامعي أو مستوى أعلى)، مدة الإصابة بالمرض (أقل من سنة، سنة – 5 سنوات، 5 سنوات وما فوق)، الجنسية (إماراتي، عربي)، وأخيراً مستوى السكر بالدم.

أدوات الدراسة: اشتملت على مقاييس القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي، ومقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- عدم وجود علاقة طردية بين مستوى السكر في الدم ومستوى القلق.
- وجود علاقة طردية بين مستوى السكر في الدم والاكتئاب.
- وكذلك تبين عدم وجود فروق تعزى إلى متغير الأفكار اللاعقلانية على مستوى السكر في الدم.
- بينما تبين وجود فروق في مستوى السكر في الدم تعزى لمتغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري من النمط الثاني.
- كما أظهرت النتائج أن متغيرات الجنس، العمر، مدة الإصابة و المستوى التعليمي لم يكن لها أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم.

<u>- دراسة حنان مجدي صالح سليمان (2009) مصر:</u>

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة-نوعية الحياة- (Quality of life) لدى مريض السكر المراهق دراسة سيكومترية إكلينيكية.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- التعرف إلى أثر جنس المراهق في شعوره بجودة الحياة (Quality of life).
- التعرف إلى أنواع المساندة المنبئة والمؤثرة على جودة حياة مريض السكر المراهق.
- التعرف إلى أهم العوامل المؤثرة في شعور الفرد بجودة الحياة لدى المراهقين الأعلى و الأقل شعوراً بجودة الحياة.
- التعرف إلى أنواع المساندة التي يمكن تقديمها للمراهق مريض السكر في مرحلة المراهقة.

- التعرف إلى مصادر المساندة المختلفة التي يحتاجها المراهق مريض السكر.

- التعرف إلى أثر جنس المراهق في إدراكه للمساندة الاجتماعية المقدمة له.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (101) مصاباً بداء السكري من الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم ما بين (13-21) سنة، وتم سحبهم من أربعة محافظات مصرية بالطريقة العشوائية.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق، مقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق، استمارة بيانات أولية عن الأسرة، واستمارة دراسة الحالة، وكلها من إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور- إناث) في الشعور بجودة الحياة بشكل عام، بينما وجدت فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكر في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث.

- يمكن لبعض أنواع المساندة الاجتماعية التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها أن تتبأ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، وكانت على الترتيب المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة، يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء، يليها المساندة المادية من قبل الأسرة.

- كشفت الدراسة الإكلينيكية عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور المراهق مريض السكري بجودة الحياة.

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة والدرجة الكلية لجودة الحياة، وبين جميع أبعاد جودة الحياة.

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة بين جميع مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة، بينما كانت العلاقة غير دالة بالنسبة لمساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة.

– لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور– إناث) في إدراك المساندة الاجتماعية بشكل عام بينما وجدت فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكري في إدراك المساندة من قبل الأصدقاء لصالح الإناث

2-2- الدراسات الأجنبية:

2-2-1- الدراسات التي تناولت الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري:

- دراسة ماريا كوفاكس وآخرون (Maria Kovacs et al. b, 1997) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: Major depressive disorder in youths with IDDM

(اضطراب الاكتئاب الأساسي لدى المراهقين المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– تحديد تأثيرات داء السكري المعتمد على الأنسولين في مسار الاكتئاب الأساسي لدى المراهقين.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (24) مراهق مصابين بداء السكري (من أصل 92)، والذين نشأ لديهم اضطراب اكتئابي أساسي خلال فترة (10) سنوات منذ بداية العلاج، وعينة ضابطة من (30) مراهق لديهم اضطراب اكتئابي.

أدوات الدراسة: كلا المجموعتان تم تقييمهما وتشخيصهما من خلال مقابلات منظمة ومعايير عملية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– متوسط مدة الشفاء في العينة المصابة بداء السكري من الاضطراب الاكتئابي الأساسي (6,4) أشهر وبمرور (12) شهر (69%) من المراهقين شفوا، وخلال سنتين (32%) كانوا في احتمال أن يتعرضوا لنوبة جديدة.

– في العينة المصابة بداء السكري (37,5%) تلقوا العلاج للنوبة الأولى من الاكتئاب، و(50%) منهم تلقوا العلاج عندما تعرضوا للنوبة الثانية، وبالمقارنة بين الذكور والإناث فإن خطر تكرار الاكتئاب بلغ تسعة أضعاف لصالح الإناث، وفي النهاية فإن العينة المصابة بداء السكري قضت وقتاً طويلاً تعاني من الاكتئاب بالمقارنة مع العينة الضابطة.

– دراسة ميشيل كارسون وآخرون (Michelle M Garrison et al., 2005) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: Behavioral and Emotional Disorders in Young People With Diabetes

(الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى المراهقين المصابين بداء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– معرفة هل المراهقين الذين يعانون من داء السكري ومن المشاكل السلوكية والانفعالية هم أكثر احتمالاً ليعودوا إلى المستشفى لمعالجة مشاكل السكري.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (4508) طفل من (5 – 12 سنة) و (3094) مراهق من (13 – 18) سنة والذين يعانون من داء السكري.

أدوات الدراسة: استعان الباحثون بالسجلات من نظام قاعدة البيانات لصحة الأطفال من أجل معرفة فيما إذا كان هناك أطفال أو مراهقين كان عليهم العودة للمستشفى نتيجة مشاكل السكري، وفيما إذا كان لديهم اضطرابات سلوكية وعاطفية مثل الاكتئاب، القلق، الاندفاعية، العدوانية، فرط النشاط، وأخذ الباحثون في اعتبارهم فيما إذا كان يعانون من السكري النمط (1) أو النمط (2)، وفيما إذا قدمت لهم المساعدة الطبية، أو تم وضعهم في وحدة العناية المركزة عندما تم قبولهم بداية في المستشفى، ما هي المدة التي تواجدوا فيها في المستشفى، وعمر المرضى وجنسهم وانتماؤهم العرقي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– إن معاناة الأطفال المصابين بداء السكري من اضطرابات سلوكية أو انفعالية لم يظهر أن له أثراً في جعل هؤلاء الأطفال أكثر احتمالا للعودة للمشفى لمعالجة مشاكل داء السكري.

– عند المراهقين فإن اضطرابات مثل الاكتئاب والقلق ظهرت أنها مرتبطة في عودتهم للمشفى لمعالجة مشاكل داء السكري.

- دراسة كوري هود وآخرون (Korey Hood et al., 2006) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: Depressive Symptoms in children and adolescents with Type 1 Diabetes

(الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري من النمط الأول).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– التعرف إلى الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري من النمط الأول وعلاقته مع بعض المتغيرات الديمغرافية والصراعات الأسرية المتعلقة بداء السكري.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (145) طفل ومراهق، (56%) منهم من الإناث، متوسط أعمارهم (14,9)، بمدى عمري يتراوح بين (10-18) سنة، و المسؤولين عنهم (107 أمهات، 35 آباء، 3 أولياء أمور)، وبلغت مدة الإصابة بداء السكري (8,3) سنة.

أدوات الدراسة: تم قياس الأعراض الإكتئابية باستخدام مقياس الأطفال للاكتئاب والذي قام المسؤولون عن الأطفال باستكماله، بالإضافة إلى تقرير ذاتي مكون من (27) بند قام الأطفال بالإجابة عليه ومقياس الصراع الأسري المتعلق بالسكري.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– إنّ واحد من أصل سبعة من أفراد العينة المصابين بداء السكري يعانون إكلينيكياً من الاكتئاب.

– حصلت الإناث على درجات أعلى على مقياس الاكتئاب بالمقارنة مع درجات الذكور.

– وجد الباحثون أن ضعف السيطرة على سكر الدم ارتبط مع مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية وهذه العلاقة يمكن أن تكون عكسية.

– بالإضافة إلى ذلك تبين للباحثين أن وجود صراعات أسرية نتيجة داء السكري أدى إلى وجود مشكلات انفعالية لدى المراهقين، فالآباء الذين كانوا أكثر قلقاً على أطفالهم المصابين كانوا أقل دعماً ومساندة لهم.

– دراسة إل هيسلوب وأخرون (AL Hislop et al., 2007) استراليا:

عنوان الدراسة: Prevalence and association of psychological distress in young adults withType1 diabetes

(انتشار الضيق النفسي والعوامل المرتبطة به لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– تحديد انتشار الضيق النفسي لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري واكتشاف العوامل المرتبطة به.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (92) من المشاركين المراهقين في هذه الدراسة المصابين بالنمط الأول من داء السكري (46 ذكور و 46 اناث)، بلغ متوسط العمر (21) سنة وستة أشهر، ومتوسط مدة الإصابة كان (9) سنوات وثلاثة أشهر.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون اختبارين نفسيين على شكل التقرير الذاتي هما: مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، ومقياس التقرير الذاتي للبالغين، وكان هناك استفتاء لتحديد طريقة استخدام الأنسولين.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– كانت هناك نسبة (35,2%) من المشاركين يعانون من أعراض الاكتئاب، و (23,1%) أشاروا إلى أعراض خطيرة للاكتئاب.

– إن نسبة (32,2%)، (40,4 %) و (35,5%) من المشاركين أختبروا مشاعر جوهرية من الضيق وكان متوسط مستويات خضاب الدم مرتفعة لدى المشاركين الذين عانوا من أعراض اكتئاب بالمقارنة مع درجات المجموعة الطبيعية، فالعوامل المساعدة للضيق النفسي تضمنت استمرار استخدام حقن الأنسولين تحت الجلد وزيادة تكرار سلسلة ارتفاع سكر الدم، واستنتج الباحثون أن (واحد من ثلاثة) من اليافعين المصابين بالنمط الأول من السكري اختبروا مشاعر من الضيق النفسي، والذي ارتبط مع ضبط ضعيف لسكر الدم.

<u>– دراسة كيارا ميكدولين وآخرون Ciara McDonnell et al., 2007) استراليا:</u>

عنوان الدراسة: Hyperglycemia and Externalizing Behavior in Children With Type1Diabetes

(ارتفاع مستوى سكر الدم والسلوك الظاهري لدى الأطفال المصابين بالنمط الأول من داء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– معرفة فيما إذا كان مستوى سكر الدم المرتفع يؤثر على سلوك الأطفال.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (42) طفلاً مصاباً بالنمط الأول من داء السكري تتراوح أعمارهم بين (5-10) سنوات.

أدوات الدراسة: استمارة سجل فيها الباحثون مستويات سكر الدم لدى الأطفال المصابين بداء السكري في وقتين مختلفين، وذلك خلال (72) ساعة بفترة فاصلة تبلغ ستة أشهر، بينما قام الوالدان بتعبئة مسح لتقييم سلوك الأطفال خلال الفترة نفسها، وبعد ذلك قام الباحثون بتصميم نظام تسجيل للمقارنة بين مستويات السكر والسلوك.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– ظهرت الكثير من المشاكل السلوكية عندما كان سكر الدم لدى الأطفال مرتفعاً، وكان السلوك (مثل العدوان) أكثر سوءاً كلما طالت مدة بقاء سكر الدم في مستوى مرتفع، وبطريقة مماثلة كلما كانت مدة بقاء مستوى السكر في مستوى طبيعي، كان تصرف الطفل أقل سوءاً.

– لم يستطيع الباحثون تفسير لماذا كان مستوى سكر الدم المرتفع يؤثر على السلوك، ولم يستطيعوا تفسير التأثير نفسه على السلوك عندما كان مستوى سكر الدم منخفضاً، فعندما كان مستوى سكر الدم منخفضاً فإن السلوكيات الظاهرية مثل الإجهاد والاكتئاب لم تظهر على الرغم من أن البحوث المتقدمة أظهرت أن ارتفاع سكر الدم يقود إلى الاكتئاب مع مرور الوقت.

2-2-2- الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري:

– دراسة غاتمان- بايمان وآخرون (Guttmann-Bauman et al., 1998) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: Metabolic control and quality-of-life self-assessment in adolescents with IDDM

(ضبط سكر الدم والتقييم الذاتي لنوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– التعرف إلى العلاقة بين ضبط سكر الدم ونوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (69) مشاركاً مصاباً بداء السكري من النمط الأول، وتراوحت أعمارهم من (10–20) سنة، مع مراعاة عدم وجود تأخر عقلي أو مرض نفسي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس نوعية الحياة المتعلق بداء السكري للمراهقين، وتم تقييم مستوى الضبط لسكر الدم وذلك بقياس مستوى تسكر خضاب الدم مخبرياً.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– تبين وجود علاقة عكسية بين نوعية الحياة ومستوى تسكر خضاب الدم، فكلما ارتفعت الدرجة على مقياس نوعية الحياة (نوعية حياة جيدة) انخفض مستوى تسكر خضاب الدم.

– تبين أن التقييم الذاتي هو من أفضل المتنبئات لنوعية الحياة.

– إن المراهقين الذين كان لديهم ضبط جيد لسكر الدم، كانت نوعية حياتهم جيدة.

– دراسة هيلاري هوي وآخرون (Hilary Hoey et al., 2001) إيرلندا:

عنوان الدراسة: Good Metabolic Control Is Associated With Better Quality of Life in (2101) Adolescents With Type 1 Diabetes

(الضبط الجيد لسكر الدم مرتبط مع نوعية الحياة الجيدة لدى –2101– من المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– تقييم العلاقة بين الضبط الجيد لسكر الدم ونوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري (النمط الأول).

عينة الدراسة: تكونت العينة من (2101) مراهقاً، أعمارهم تراوحت بين (10–18) سنة، وتم سحب أفراد العينة عشوائياً من (21) مركز ضمن (17) بلد في أوربا، اليابان، وشمال أمريكا.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس نوعية الحياة للمراهقين المصابين بداء السكري والذي يشمل جوانب (تأثير داء السكري، المخاوف الخاصة بالسكري، الرضا عن الحياة وإدراك الحالة الصحية)، بالإضافة إلى قياس مستوى تسكر خضاب الدم كدليل على ضبط سكر الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– ارتباط المستوى المنخفض لتسكر خضاب الدم مع ضعف في تأثير داء السكري، مخاوف قليلة، رضا عالٍ عن الحياة وإدراك جيد للصحة.

– بالنسبة للإناث كانت المخاوف لديهم مرتفعة، انخفاض في الرضا عن الحياة وضعف في إدراك الحالة الصحية بشكل أكبر بالمقارنة مع الذكور.

– إن المستوى المنخفض لتسكر خضاب الدم ارتبط بشكل ملحوظ مع نوعية حياة جيدة لدى المراهقين وانخفاض في العبء الأسري كما هو مقيم من قبل أخصائي الصحة والآباء.

– دراسة لوري لافيل وآخرون (Lori M.B Laffel et al., 2003) أستراليا:

عنوان الدراسة: General quality of life in youth with type 1 diabetes: Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict

(نوعية الحياة العامة لدى الصغار المصابين بالنمط الأول من داء السكري: ارتباطها مع معالجة المريض والصراعات الأسرية المتعلقة بالسكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- تحديد العلاقات بين العناية الذاتية الخاصة بداء السكري، السلوك الأسري المرتبط بداء السكري الصراعات الأسرية المتعلقة بداء السكري ونوعية الحياة.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (100) من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من النمط الأول من داء السكري بالمقارنة مع نظائرهم الذين لا يعانون من داء السكري.

أدوات الدراسة: قائمة نوعية الحياة، مقياس الصراعات الأسرية الخاصة بداء السكري، تقرير الوالدين فيما يتعلق بعناية الطفل / المراهق الذاتية بمرضه.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- إن نوعية الحياة كانت ثابتة بعد مرور 12 شهر من الإصابة، وكانت النتائج متشابهة بين المصابين بداء السكري ونظائرهم من غير المصابين فيما يتعلق بالجوانب الجسدية والنفسية.

- إن آباء الأطفال المصابين بداء السكري أشاروا إلى نوعية حياة منخفضة بالمقارنة مع أباء الأطفال غير المصابين، وذلك على المقاييس التي قيمت تصورتهم فيما يتعلق بتكيف أطفالهم مع المدرسة وأدائهم الاجتماعي والعاطفي، وتقرير الأطفال عن الصراعات الأسرية المتعلقة بمرضهم كانت هي المنبئ الوحيد فيما يتعلق بتقرير الطفل عن نوعية حياته.

<u>- دراسة مليسا فالكنر (Melissa Faulkner, 2003) الولايات المتحدة الأمريكية:</u>

عنوان الدراسة: Quality of Life for Adolescents With Type I Diabetes

(نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1- كشف التأثيرات المحتملة للمتغيرات التالية (الجنس، العمر، العرق، وضبط سكر الدم) على نوعية الحياة والإدراك الذاتي للصحة لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

2- مقارنة نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري مع المراهقين غير المصابين بمرض مزمن.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (69) مراهقاً مصاب بالنمط الأول من داء السكري، و(75) مراهقاً غير مصاب بأي مرض مزمن وآبائهم.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس نوعية الحياة للمراهقين المصابين بداء السكري، استبيان عن الإدراك الذاتي للصحة عند المراهقين، قائمة تدقيق سلوك للأطفال، بالإضافة لمعلومات حول مدة الإصابة وجرعة الأنسولين وآخر نتيجة لمستوى تسكر خضاب الدم ومعدل تسكر خضاب الدم في السنة الماضية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- إن نوعية الحياة لدى الإناث المصابين بداء السكري منخفضة بالمقارنة مع الذكور، ولم تظهر فروق ضمن العينة بالنسبة للمتغيرات الباقية (العمر، العرق، ضبط سكر الدم)

- نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري والإدراك الذاتي للصحة منخفضة بالمقارنة مع المراهقين غير المصابين بأي مرض مزمن، وذلك لكلا الجنسين.

- دراسة كايلي هيسكيث وأخرون (Kylie D. Hesketh et al., 2003) أستراليا:

عنوان الدراسة: Health-Related Quality of Life and Metabolic Control in Children With Type 1 Diabetes

(نوعية الحياة الصحية وضبط استقلاب سكر الدم لدى الأطفال المصابين بالنمط الأول من داء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- تقييم التغيرات في نوعية الحياة الصحية لدى الأطفال المصابين بداء السكري خلال سنتين، وتحديد علاقتها بالتغييرات في استقلاب سكر الدم.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (117) مصاباً بداء السكري ضمن الأعمار (5-18) سنة.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس صحة الطفل لتقييم نوعية الحياة الصحية، وتسجيل درجة مستويات تسكر خضاب الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– هناك تحسن لدى المراهقين في كل من مقاييس النشاطات العائلية، الألم الجسدي، والإدراك العام للصحة وتدهور في مقياس السلوك، وكان هناك ارتباط قوي مع مستوى تسكر خضاب الدم.

– وتبين أنّ الحالة الجسدية لدى المراهقين يمكن أن تمنع من تدهور مستوى تسكر خضاب الدم.

– وتبين أن نوعية الحياة الصحية لدى الأطفال لم تظهر أنها تمنع من تدهور مستوى تسكر خضاب الدم مع مرور الوقت.

– دراسة تي. أر نانسل وآخرون (T.R Nansel et al., 2008) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: Quality of life in children with Type 1 diabetes

(نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالنمط الأول من داء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– تقييم العوامل المركبة لقائمة نوعية الحياة (نموذج داء السكري).

– مقارنة مقياس نوعية الحياة العامة ومقياس نوعية الحياة الخاص بداء السكري فيما يتعلق بالخصائص النفسية وارتباطها بالنتائج المتعلقة بها.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (447) والذين تتراوح أعمارهم بين (9–15 ونصف) سنة، والذين يعانون من النمط الأول من داء السكري.

أدوات الدراسة: المقاييس الأسرية، تحليل العوامل المكونة الرئيسة، وذلك لفحص العوامل المركبة لنموذج نوعية الحياة لداء السكري.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تبين أن الدرجات على مقياس نوعية الحياة العامة ارتبطت بشكل دال مع الاكتئاب (علاقة طردية) بالمقارنة مع درجات نوعية الحياة الخاص بداء السكري.

- ارتباط مقياس نوعية الحياة الخاص بداء السكري بشكل مرتفع مع مستوى تسكر خضاب الدم (علاقة عكسية)، ولكن ظهر هذا الارتباط بشكل أكبر على المقياس الخاص بالأسرة أكثر من مقياس الطفل.

2-2-3- الدراسات التي تناولت الاكتئاب وعلاقته بنوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري:

- دراسة مارغريت غراي وآخرون (Margaret Grey et al., 1998) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes

(العوامل الشخصية والأسرية المرتبطة مع نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- تقييم العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (52) مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (13–20) سنة، ومتوسط أعمارهم كان (16 سنة وشهر)، مدة الإصابة تراوحت بين (ثلاث سنوات وشهرين إلى ثمان سنوات وشهرين) و49% كانوا من الإناث و 51% كانوا من الذكور.

أدوات الدراسة: استخدمت مجموعة من المقاييس منها: مقياس نوعية الحياة داء السكري للصغار، قائمة الاكتئاب للأطفال، مقياس التكيف مع داء السكري، مقياس سلوك العائلة السكرية، مقياس تكيف العائلة وتماسكها، مقياس الفعالية الذاتية لداء السكري، مقياس التكيف مع المراهقة، بالإضافة إلى قياس تسكر خضاب الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– إن المراهقين المصابين بداء السكري كانوا أقل رضاً، وشعروا أن المعالجة كانت صعبة بالنسبة إليهم بالإضافة إلى أنهم استخدموا بعض استراتيجيات التكيف غير فعالة (المتمردة)، وكانت فعاليتهم الذاتية ضعيفة، وكان لديهم أعراض اكتئابية أكثر.

– تبين أن مستويات تسكر خضاب الدم لم ترتبط مع نوعية الحياة أو أي من العوامل النفسية المتوقعة لدى المراهقين؛ الذين أدركوا أن أسرهم موجهة ومسيطرة أكثر، لكن هؤلاء المراهقين حصلوا على مستويات منخفضة من تسكر خضاب الدم بالمقارنة مع المراهقين الذين كانت أسرهم أقل سيطرة.

– **دراسة روبرت غولدني وآخرون (Robert D. Goldney et al., 2004) أستراليا:**

عنوان الدراسة: Diabetes, Depression, and Quality of Life

(السكري، الاكتئاب ونوعية الحياة)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– تقييم انتشار داء السكري والاكتئاب وارتباطهما بنوعية الحياة على عينة ممثلة.

عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على عينة ممثلة من المجتمع الأصلي بعمر≤ 15 سنة بلغت (3110) وذلك في شمال أستراليا، وتألفت العينة من ثلاثة مجموعات: عينة مصابة بداء السكري والاكتئاب، عينة مصابة بالاكتئاب ولكنها غير مصابة بداء السكري، وعينة مصابة بداء السكري ولكنها غير مصابة بالاكتئاب.

أدوات الدراسة: تم استخدام الاستفتاء المختصر لنوعية الحياة الصحية (SF-36).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– بلغ انتشار الاكتئاب لدي العينة المصابة بداء السكري (24%) بالمقارنة مع (17%) بالنسبة لغير المصابين بداء السكري.

– اختبر المصابين بكل من الاكتئاب وداء السكري تأثيرات واسعة على كل من أبعاد نوعية الحياة بالمقارنة مع المصابين بداء السكري وغير المصابين بالاكتئاب وبخاصة على الأبعاد الجسدية والعقلية.

– توصلت الدراسة إلى أن الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري يتطلب عناية ومعالجة لأن له تأثيراً حاداً على نوعية الحياة.

دراسة شافعي وآخرون (Shafiee et al., 2005) ماليزيا:

عنوان الدراسة: Factors Associated with control of Diabetes Type 1 in Malaysian Adolescents and Young Adults

(العوامل المرتبطة مع النمط الأول من داء السكري لدى المراهقين والشباب الماليزيين)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– معرفة العلاقة بين الانتماء العرقي، الاكتئاب، نوعية الحياة وضبط سكر الدم لدى المراهقين والشباب الماليزيين المصابين بالنمط الأول من داء السكري.

عينة الدراسة: بلغت العينة (52) مصاباً بداء السكري من النمط الأول، بمتوسط أعمار قدره 15 سنة.

أدوات الدراسة: تم قياس كل من مستوى تسكر خضاب الدم، والمتغيرات الأخرى باستخدام مقاييس (مثل الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة)، مقابلات تشخيصية (لتشخيص الاكتئاب) وسجلات طبية (متغيرات ديموغرافية، الظروف الأسرية ومدى الالتزام بالعلاج).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– كانت السيطرة على سكر الدم أفضل لدى المراهقين من أصل صيني بالمقارنة مع المراهقين من أصل هندي أو ماليزي.

– أفراد العينة الذين أظهروا ضبط جيد كانت أكثر احتمالاً لتكون نوعية حياتهم أفضل وأقل احتمالاً لوجود مشاكل أسرية لديهم.

- لم يكن هناك ارتباط جوهري بين الضبط الضعيف لسكر الدم والاكتئاب.

- دراسة رويرت لوارا وآخرون (Robert Loara et al., 2006) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: The role of socioeconomic statue, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus.

(دور الوضع الاجتماعي الاقتصادي، الاكتئاب، نوعية الحياة، وضبط سكر الدم في داء السكري من النمط الأول)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- اختبار العلاقة بين الضبط الضعيف لسكر الدم والاكتئاب، نوعية الحياة، وانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي لدى الأفراد.

عينة الدراسة: بلغت العينة (222) طفلاً وطفلة، والذين تتراوح أعمارهم بين (8–17) سنة والمصابين بالنمط الأول من داء السكري (T1DM).

أدوات الدراسة: قائمة الاكتئاب للأطفال، فهرس العوامل الأربعة لتحديد الوضع الاجتماعي الاقتصادي استفتاء نوعية الحياة، وتم اعتبار تسكر خضاب الدم (HbAIC) الأعلى من 8% كدليل على الضبط الضعيف لسكر الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- بلغ عدد الأطفال الذين يملكون ضبط جيد لسكر الدم (110) بينما كان هناك (112) طفلاً لديهم ضعف في ضبط سكر الدم.

- (9,5%) من المجموعة ضعيفة الضبط لسكر الدم كانت تعاني من الاكتئاب، بالمقارنة مع (3%) من المجموعة جيدة الضبط لسكر الدم.

- الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع ارتبط مع ضبط جيد لسكر الدم ونوعية حياة أفضل.

– مدة الإصابة الطويلة بداء السكري لم ترتبط مع ضعف السيطرة على سكر الدم، كما أن نوعية حياة مرضى السكري تدهورت مع ضعف السيطرة على سكر الدم.

دراسة مارتج ويت وآخرون (Maartje Wit et al., 2008) هولندا:

عنوان الدراسة: Monitoring and Discussing Health-Related of Life in With Type 1 With Type 1 Diabetes Improve Psychosocial Well-Being

(المراقبة الدورية ومناقشة نوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري يحسن من السعادة النفسية)

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

– اختبار تأثير مراقبة ومناقشة نوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري ضمن تجربة معدة لهذا الغرض.

عينة الدراسة: تكونت العينة من مجموعتين من المراهقين المجموعة التجريبية (46) مراهقاً والمجموعة الضابطة (45) مراهقاً، وكانت كلتا المجموعتين تقومان بثلاث زيارات منتظمة ومحددة خلال (12) شهراً، وتم اختيارها من أربعة مراكز بشكل عشوائي.

أدوات الدراسة: تم تطبيق مجموعة من المقاييس على المجموعة التجريبية، وهي مقياس نوعية الحياة الصحية، استفتاء صحة الطفل، مقياس النزاع الأسري المحدد لداء السكري، مقياس الدراسات الوبائية للاكتئاب، بالإضافة إلى تقييم الرضا عن العلاج ونوعية الرعاية بالسكري وقياس تسكر خضاب الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

– إن المراقبة الدورية لنوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالسكري مهم و ضروري، وله تأثيرات إيجابية على سعادتهم النفسية ماعدا أولئك الذين لديهم سوء ضبط لسكر الدم.

– الصحة العقلية والنفسية والنشاطات العائلية وتقدير الذات تحسنت لدى المجموعة التجريبية، ماعدا المراهقين الذين كانت نتائجهم على فحص تسكر خضاب الدم عالي وذلك بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم تلاحظ فروق مهمة بين المجموعتين بمرور الوقت في مستوى تسكر خضاب الدم.

2-3- تعقيب على الدراسات السابقة: بعد الاطلاع على الدراسات السابقة نجد أن:

- إن هذه الدراسات تناولت داء السكري من النمط الأول وأحيانا كلا النمطين (الأول والثاني)، والعوامل المختلفة التي تؤثر في سير المرض مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية، والعوامل النفسية كالاضطرابات السلوكية مثل (العدوان، الاندفاعية، فرط النشاط) والاضطرابات النفسية مثل (القلق والضغوط النفسية والاكتئاب)، والعوامل الشخصية والعائلية، والقدرة على ضبط سكر الدم، ونجد اتفاقاً بين هذه الدراسات والدراسة الحالية من حيث تناولها لداء السكري، ولكنها تختلف معها من حيث تطرقها للعلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)، وهذا ما لم تتناوله الدراسات العربية، وبعض الدراسات الأجنبية، مما يدل على أنها أول دراسة محلية تتطرق إلى هذا الموضوع.

- تنوع المجال العمري للعينات المستخدمة في هذه الدراسات فقد شملت أعمار من (6- 20) سنة تقريباً وتجاوزت في بعضها هذا العمر، أما العينة التي اشتملتها الدراسة الحالية فقد تراوحت بين (10-18) سنة.

- تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة، حيث تم استخدام المقابلة الشخصية، الاستفتاء البطاريات، التقييم الذاتي، التقارير الأسرية، المقاييس، الاستبيانات، القوائم، وقد استخدمت لقياس نوعية الحياة مثل (استفتاء نوعية الحياة للسكري، مقياس نوعية الحياة للأطفال، استبيان منظمة الصحة العالمية) وقياس الاكتئاب مثل (قائمة الاكتئاب للأطفال، مقياس القلق والاكتئاب)، وغيرها من المقاييس التي طبقت على العائلة (كمقياس التماسك والتكيف العائلي، مقياس الصراعات العائلية نتيجة السكري) والدراسة الحالية استخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، ومقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري.

- تنوعت الدراسات السابقة من حيث البلدان التي طبقت فيها، حيث طبقت في بلدان عربية كالكويت الأردن، والسعودية، وبلدان أجنبية كأستراليا، بولندا، والولايات المتحدة الأمريكية، أما الدراسة الحالية فقد طبقت في مدينة دمشق، وتوجد دراسة واحدة للباحثة أمنة قريط طبقت في مدينة دمشق، ولكنها تختلف عن الدراسة من حيث المتغيرات، ونمط داء السكري، ومن حيث العينة المستهدفة، والأدوات المستخدمة

وهذا ما يدلل على أهمية الدراسة الحالية من حيث تناولها للنمط الأول من داء السكري وهو ما قل تناوله في الدراسة السابقة، بالإضافة إلى متغيرات الدراسة (الاكتئاب، نوعية الحياة) التي قلما درست لدى الأطفال وهذا ما جعل القيام بالبحث الحالي أمر مفيد.

وقد استفادت الباحثة من هذه الدراسات السابقة، فما يلي:

- الإحساس بوجود مشكلة البحث التي لخصها البحث في السؤال الآتي: هل توجد علاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري؟

- وجود مسوغات للقيام بهذا البحث نظراً لعدم وجود دراسات العربية أو محلية تناولت موضوع البحث.

- الاطلاع على الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسات، من أجل اختيار أدوات البحث المناسبة.

- الاطلاع على النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، والمقارنة بينها وبين نتائج البحث (انظر الفصل السابع).

الفصل الثالث:

3. اكتئاب الأطفال

توطئة.

3-1- الاكتئاب عبر العصور.

3-2− تعريفات اكتئاب الأطفال.

3-3- انتشار الاكتئاب لدى الأطفال.

3-4- أعراض الاكتئاب لدى الأطفال.

3-5- أوجه اختلاف الصورة السريرية للاكتئاب بين الأطفال والراشدين.

3-6- تشخيص الاكتئاب عند الأطفال.

3-7- العوامل في اكتئاب الأطفال.

3-8- المداخل النظرية المفسرة للاكتئاب.

3-9- أهمية علاج اكتئاب الأطفال.

3-10- مآل الاكتئاب لدى الأطفال.

- توطئة:

يمر جميع الناس بين الحين والآخر بحالات من الحزن والضيق؛ استجابة لظروف مختلفة تنطوي عليها حياتنا، مثل فقدان شخص عزيز، خسارة مادية، إصابة بداء مزمن، أو غيرها من الأسباب المتنوعة التي يتأثر بها الإنسان، ويتفاعل معها من خلال انفعالاته ومشاعره.

ويعتبر الحزن من أبسط صور الاكتئاب النفسي، وما يميزه عن الاكتئاب أنه استجابة انفعالية تتفق مع درجة الفقد أو الضرر الذي يلحق بالفرد يمكن تعديله باستخدام المنطق أو عن طريق التفريغ الانفعالي أما الاكتئاب فهو استجابة انفعالية متطرفة وغير مناسبة للحدث المثير، يختلف عن الحزن من حيث الشدة، ومدة استمرارية الاستجابة (بيترمان، 2009، 279).

ولا يصيب الاكتئاب فقط الراشدين، ولكنه يصيب أيضاً الفئات العمرية الصغرى، وهذا الأمر لم يكن معترف به منذ سنوات خلت، وربما يكون هذا السبب في تأخر دراسة هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين، وبغض النظر عن الجدل بين العلماء حول وجود هذا الاضطراب أو عدمه لدى هذه الفئة فإن دراسات عديدة بينت وجوده في هذه المرحلة، ولكن نجد في بعض الأحيان أن كثيراً من أفراد هذه الفئة تعاني، ولا يكترث أحد لمعاناتهم، ويتم اعتبار ذلك جزءاً من مرحلة النمو لا داعي للاكتراث له، وقد يعود ذلك إلى أن الأطفال وحتى بعض المراهقين قد لا يعبرون بكلمات واضحة عن مشاعر الاكتئاب لديهم، أو قد لا تظهر الأعراض لديهم كما في لوحة الاكتئاب السريري، ولكن دراستهم وعلاقاتهم مع أسرهم وأقرانهم تتأثر سلباً، فقد يتجهون إلى رفاق السوء، أو يتعاطون مواد ضارة أو ذات أثر نفسي (كحول أو مخدرات) أو يحاولون الانتحار، وقد يترافق الاكتئاب في بعض الأحيان مع المرض العضوي مثل داء السكري كما ذكرت عدد من الدراسات مثل دراسة (Hood et al., 2006).

حيث أن المصابين بداء السكري يعانون من أعراض اكتئابية أكثر ناتجة عن الضغوط النفسية، التي تترافق مع إصابتهم بداء السكري، حيث يتطلب هذا الداء تدبيراً ومعالجة مركزة(Jacobson, 2006, 34) ومن هنا يفهم السبب في التركيز على موضوع الاكتئاب عند الطفل، بهدف لفت انتباه المحيطين لوجوب إدراك هذا الواقع، بالتالي الإسراع في التساؤل حول ذلك كي يتمكنوا من معالجة الوضع قبل تفاقمه (بطرس، 2007، 231).

1-3- الاكتئاب عبر العصور:

يعد الاكتئاب من أقدم الأمراض النفسية، وقد ورد وصف لأوضاع تشابه ما نشخصه اكتئاباً في عدد من النصوص القديمة الدينية والدنيوية، فقد ميزه قدماء الإغريق كاضطراب في المزاج ونسبوه إلى زيادة السوداء في جسم المكابد، وتشير كلمة الميلانخوليا (Melancholia) إلى السوداء التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطرابات المزاج؛ وقد وصف أبقراط أبو الطب (460–377 ق.م) الميلانخوليا كأول وأهم الأمراض العقلية وأوسعها انتشاراً، وعزى ذلك إلى اضطراب في التوازن بين سوائل الجسم، وقد قال إن السوائل الجسمية هي مجموع خليط أربعة سوائل: السوداء والصفراء والحمراء والنخامية، وتغلب السوداء على الأخريات في حالة الميلانخوليا، وأوصى أبقراط لتخطي الاكتئاب بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم باستعمال الاسترخاء والعيش الصحي، وهو بذلك ذا نظرة شاملة في الطب العضوي والنفسي؛ بينما أضاف جالن (Galen) بعد ذلك أن اختلاط السوداء بالصفراء وتزايد الاثنين يؤدي إلى حالة اضطراب المزاج؛ كما عُرف الاكتئاب عبر الحضارة الإسلامية من خلال الفلاسفة والأطباء العرب، فقد فسره الكندي بأنه ألم نفسي يصاب به المرء بسبب فقد المحبوبات وفوت المطلوبات؛ واعتبره الرازي مرضاً عقلياً يكدر الفكر والعقل ويؤذي النفس والجسد؛ وهو عند ابن حزم حالة من الضيق تنشأ من حالات كثيرة كالغيظ والعزلة والمهانة وقلة الحيلة، وعرفه ابن سينا (980–1037) في كتابه القانون وقام بتشخيصه وعلاجه (عن السقا، 2005، 31).

وفي العام (1621م) نشر الطبيب الانجليزي روبرت بيرتون (Robert Berton) كتابه (The Atonomy of Melancholia)، الذي عد فيه هذا المرض مرضاً عالمياً، وفي القرن التاسع عشر أصبح "الاكتئاب" يحتل موقعاً مركزياً في أعمال كبار الأطباء النفسيين، أمثال كريبلن (Kraeplin) ويسبرز (Jaspers) وفرويد (Freud) وشنايدر (Schneider)، حيث ساهمت كتاباتهم والتي امتد بعضها إلى أواسط القرن العشرين في وضع البذور الجينية لفهم ظاهرة الاكتئاب، وفي النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة هذا المرض للدرجة التي جعلت كاتبا مثل كليرمان (Klerman, 1979) يقول: أن هذه الفترة (القرن العشرين) يمكن أن تسمى عصر الميلانخوليا (Age of melancholia) (بركات، 2000، 28).

ويعتبر الاكتئاب اليوم من المشاكل الصحية الرئيسة، وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءاً مهماً من برامجها لمواجهته (سرحان والخطيب والحباشنة ،2008، 12-13)، ويؤكد "دولجان" (Dolgan,1990) أن الاكتئاب مشكلة مرضية كبرى تعاني منها حالات كثيرة في مرحلة الطفولة والمراهقة، وقد يرجع السبب الكامن وراء ذلك إلى وجود مشكلات مجتمعية وصحية متعددة في هاتين المرحلتين، والمشكلة الكبرى هنا أن الأطفال والمراهقين المكتئبين يزداد الاحتمال لديهم في أن يصابوا بالاكتئاب مرة أخرى عندما يكبرون ويبلغون مرحلة الرشد؛ من أجل ذلك كله زاد اهتمام الباحثون والمختصون بالاكتئاب في مرحلة الطفولة والمراهقة (عبدالخالق والديماطي، 2008، 36).

لقد ظهر في السنوات الأخيرة اهتمام كبير بالاضطرابات النفسية والعقلية عند الأطفال، على مستوى العالم أجمع، حتى أن منظمة الصحة العالمية جعلت أحد أيام الصحة النفسية العالمية للاضطرابات النفسية عند الأطفال، والاهتمام بالصحة النفسية والعقلية بالأطفال، فالصحة النفسية والعقلية للأطفال مهمة جداً نظراً لأن الطفل المريض نفسياً، قد يكبر ليصبح مريضاً نفسياً بالغاً، وهذا له نتائجه السلبية على الأسرة والمجتمع والدولة.

3-2- تعريفات اكتئاب الأطفال:

بالرغم من أن الاكتئاب يعد مصطلحاً مألوفا لدى معظم الناس، لكن تعددت وجهات النظر حول معناه، واختلفت باختلاف المنطلقات النظرية للعلماء والباحثين فبعضهم يشير إلى أنه سلوك غير تكيفي أو استجابة غير سوية للأعصاب أو مظهر من مظاهر الخلل في الوظائف المعرفية، وذلك لأعراضه المتنوعة وأنواعه المختلفة وأسبابه المتعددة (عن الزاير ،2005، 12)، وبالتالي قمنا بعرض مجموعة من التعريفات لهذا المصطلح لنحاول قدر الإمكان الإحاطة بمعناه، وبالتالي فهمه بشكل أفضل:

3-2-1- تعريف جمعية التحالف الوطني للمرض العقلي: الاكتئاب هو اضطراب عقلي يؤثر على الشخص المصاب به طريقة شعوره، تفكيره، وسلوكه، والإصابة بالاكتئاب يمكن أن تقود إلى فشل دراسي أو سوء استخدام العقاقير أو الأدوية، وحتى الانتحار لكنه قابل للمعالجة بشكل كبير (http://www.nami.org download at 21.06.2011).

3-2-2- تعريف الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين: الاكتئاب مرض تكون فيه مشاعر الاكتئاب مستمرة، وتتعارض مع قدرة الطفل والمراهق على الأداء، وحوالي (5%) من الأطفال والمراهقين في المجتمع يعانون من الاكتئاب في أي وقت من الأوقات، فالأطفال تحت الضغوط، والذين يختبرون الخسارة، أو الذين يعانون من اضطرابات الانتباه، القلق، التعلم، التصرف، يعانون من خطر كبير للإصابة بالاكتئاب (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,2008).

3-2-3- تعريف الاكتئاب في معجم مصطلحات الطب النفسي: هو أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، وتقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية نسبة الإصابة بالاكتئاب بحوالي (7%) من سكان العالم، وهو اضطراب للمزاج مع هبوط في الحالة النفسية والجسدية، وأسبابه عوامل وراثية ومكتسبة مثل التعرض للضغوط والخسارة، والعلاج عن طريق الأساليب النفسية، والأدوية المضادة للاكتئاب، والعلاج بالتخليج الكهربائي (الشربيني،2006، 42).

3-2-4- تعريف بيك للاكتئاب: إنه حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج، مثل الشعور بالحزن والوحدة واللامبالاة، مفهوم سالب عن الذات مصاحب بتوبيخ للذات وتحقيرها ولومها، رغبات في عقاب الذات مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت، تغيرات في النشاط كما تبدو في صعوبة النوم وفقدان الشهية للطعام وتغيرات في مستوى النشاط وخصوصاً النقص فيه (Beck, 1967,6).

وترى الباحثة أن الاكتئاب هو اضطراب نفسي يؤثر بشكل سلبي على سلوك الطفل وتصرفاته سواء في المنزل أو المدرسة، بالإضافة إلى تأثيره على مشاعره وتفكيره، حيث يشعر الطفل المكتئب بمشاعر مختلفة من الحزن الشديد أو فقدان الاهتمام بما كان يحبه من نشاطات، وتنتابه أفكار يقلل بها من نفسه ومن انجازاته وأدائه، أو قد يشعر بعدم قيمة ما يقوم به، فينسحب من محيطه ويشعر بالألم الذي قد يحاول التخلص منه بالانتحار، وبالتالي يشكل الاكتئاب حلقة مفرغة من الأفكار السوداوية، والتي تؤثر على مشاعر الطفل وتسبب له الحزن والألم، وبالتالي يتغير سلوك الطفل وأداؤه بشكل سلبي.

3-3- انتشار الاكتئاب لدى الأطفال:

شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين، زيادة هائلة في انتشار الاكتئاب في كل

أنحاء العالم، وتقول الإحصائيات الأخيرة تبعاً لمنظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب يؤثر على (121) مليون شخص، ويحتل المركز الرابع بين الأمراض التي تسبب عبأً عالمياً، ويعتقد بأنه سيحتل المركز الثاني بحلول عام (2020) بعد أمراض القلب، وهذا دليل آخر على أن العالم اليوم يعيش عصر الاكتئاب (www.who.int, download in 5.1.2011).

وقد بدأت دراسة اضطرابات المزاج لدى الأطفال والمراهقين بشكل متزايد في العقود الأربع الماضية ويحدث الاكتئاب لدى الأطفال، ولكن يزداد حدوثه بتقدم العمر.(Sadock and Sadock, 2007) "فهناك حوالي 5% من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب بشكل عام ضمن أي مجتمع وفي أي وقت" (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008, 23) "وانتشار الاكتئاب ضمن المجتمع يتعلق بمجموعة الأطفال التي يتم تقييمها، طرائق سحب العينة المعايير التشخيصية، والمقاييس المستخدمة، لذلك يبلغ انتشار الاكتئاب بشكل عام لدى الأطفال (2%) ولدى المراهقين من (4–8%)، وتكون نسب الإصابة متساوية لدى الجنسين قبل سن البلوغ، وبعد البلوغ تكون نسبة الإصابة 1:2 الإناث إلى الذكور، وينتشر الاكتئاب أكثر لدى الأطفال الذين يعانون من حرمان عاطفي أو اقتصادي أو المصابون بأمراض مزمنة" (Hernadez et al., 2001, 38).

وأكثر من (70%) من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب أو أي اضطراب مزاجي آخر، لا يتلقون التشخيص أو العلاج الملائم، والسبب قد يتعلق بالوصمة المرتبطة بهذه الاضطرابات، ضعف في التدريب المناسب لأخصائي الرعاية الصحية في مجال الصحة النفسية للطفل، وقلة الأخصائيين في مجال العلاج النفسي للأطفال (Bhatia and Bhatia , 2007 , 22).

وتبين في دراسة على المجتمع السوري (عبد الخالق ورضوان، 1999) أن معدل انتشار الاكتئاب لدى الذكور بلغ (4,4%)، بينما معدل انتشاره بلغ (5,4%) لدى الإناث، بالإضافة إلى ارتفاع متوسط الاكتئاب لدى الإناث بالمقارنة مع الذكور، وفي دراسة (بطيخ، 2009) في محافظة حمص على أطفال مرحلة التعليم الأساسي (9–12) سنة بلغت نسبة انتشار أعراض الاكتئاب (9.4%) على أفراد العينة الذكور(7.69%) والإناث (10.39%)، وتجاوزت نسبتها كل من أعراض القلق (3.95%) وأعراض القلق والاكتئاب المختلط (2.70%).

وهكذا تبين الدراسات بأن الاكتئاب أصبح أكثر انتشاراً لدى الأطفال، ولكن هذه الزيادة قد تكون نتيجة الاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب في هذه المرحلة العمرية عما سبق، حيث لم يكن هناك اعتراف واضح من قبل الباحثين لوجود هذا الاضطراب لدى الأطفال حتى النصف الثاني من القرن العشرين، ولكن هناك الكثير من الأسباب التي تتعلق بطبيعة العصر الذي نعيشه وخصائصه (ازدياد الطلاق، انشغال أفراد الأسرة بمشاغل الحياة الكثيرة، استخدام التكنولوجيا التي قد تسبب العزلة للطفل عن أقرانه وابتعاده عن النشاطات....الخ)، حيث تلعب دوراً مهماً في زيادة الأعراض الاكتئابية لدى الأفراد ومنهم الأطفال.

3- 4- أعراض الاكتئاب لدى الأطفال:

إن مشاعر مثل السعادة، الغضب، الحزن.....الخ مرتبطة بالوجود الإنساني، فالحزن هو عاطفة طبيعية عند الطفل أو المراهق، لكن يعتبر استمرارها أمراً غير طبيعي وبداية لأعراض الاكتئاب. وللاكتئاب أعراض متنوعة، لكن من أوضح مظاهره أو أعراضه هو وجود مشاعر عميقة من الحزن وفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالألعاب أو اللعب، وهذا ما نلاحظه عند الكبار أما عند الأطفال فتظهر بشكل مختلف من حيث الكلام والشكاوى الجسدية...الخ، وسنعرض في الجدول رقم (1) أعراض الاكتئاب لدى الأطفال.

الجدول رقم (1) الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال

العرض	الشرح
فقدان الاهتمام أو الاستمتاع	إن الأطفال المصابين بالاكتئاب نادراً ما يظهرون الفرح أو السرور، ويبدو بأنهم لا يستمتعون بنشاطاتهم التي كانت تسعدهم و تسرهم سواء كان التلفاز أو الألعاب، وقد يتجنبون كذلك اللعب مع الأصدقاء ويفضلون البقاء في البيت، وقد يشعر المراهق المكتئب بأنه غير قادر على الذهاب للمدرسة أو غير قادر على القيام بوظائفه المنزلية، ويفقد اهتماماته السابقة والاهتمام بأصدقائه.
الكلام والسلوك	يتحدثون بصوت رتيب خافت، وتعوزهم روح الفكاهة، ويصعب عليهم إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعرهم بصورة صحيحة، وقد يصبحون قابلين للاستثارة بسهولة، فقد يكونون سريعي البكاء، متشبثين بالدعم الخارجي، وبعضهم يبدو لا مبالياً ومنعزلاً بينما يبدو البعض الآخر في حالة قلق زائد، وقد يميلون(خاصة المراهقين) لسلوك خطير أو هدام كتناول الكحول أو التهور في القيادة...الخ.

العرض	الشرح
تغيرات في النوم والشهية والمظهر	قد تظهر لديهم أنماط من التأرجح المزاجي واضطرابات النوم ويبدو عليهم الكسل والخمول؛ ويمكن أن تتبدل شهيتهم حيث يصبح طعامهم فجأة أكثر أو أقل مما هو معتاد؛ بالإضافة إلى تغيرات مفاجئة للمظهر الخارجي.
مشاعر الذنب وفقدان التركيز	مشاعر من انعدام القيمة واتهامات الذات، وفقدان التركيز وعدم القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة (أولدهام وكاس وباردس ، 2009، 317، 336).
أفكار حول الموت	الانشغال الدائم بالموت، وكثير من الأطفال في عمر(8-12) سنة، يهددون بقتل أنفسهم أو إيذائها عندما يكونون في حالة غضب شديد، إلا أنهم يعتذرون عادة بعد أن ينحسر غضبهم، ويقولون أنهم لم يعنوا ذلك، أما الأطفال الذين يؤذون أنفسهم فهم شديدو النقد لذاتهم (شيفر وميلمان، 1989، 166-167)؛ والملاحظات التي يبديها المراهق حول الانتحار بالإضافة إلى محاولات الانتحار تستدعي التدخل المباشر والسريع.
الشكاوي الجسدية والمشكلات السلوكية	قد تظهر شكاوى جسمية مثل الصداع وآلام المعدة (أولدهام وآخرون ، 2009، 317)، وقد تظهر عدد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين مثل التبول في الفراش، نوبات الغضب، الهرب من المدرسة، الشعور بالإرهاق، الفشل المدرسي، النشاط الزائد (بطرس، 2007، 231).

وهكذا يمكن أن يعبر الأطفال عن الاكتئاب من خلال السلوك والتصرفات والانفعالات والأعراض الجسدية المختلفة، فمظاهر الاكتئاب وأعراضه قد تكون واضحة لديهم، بحيث تتشابه مع أعراض الاكتئاب لدى الراشدين أو يمكن أن تكون مقنعة؛ تظهر بمشكلات مختلفة، ويبقى هنا على الأهل والمدرسين توصيف هذه المشكلات على حقيقتها، مما يساعد بالتالي على الوقوف على المشكلة الحقيقة الكامنة وهي الاكتئاب، ومنها وضع الخطط المناسبة لعلاجها.

3-5- أوجه اختلاف الصورة السريرية للاكتئاب بين الأطفال والراشدين.:

يصيب الاكتئاب الأطفال كما يصيب الأشخاص الراشدين، فهو مرض تستمر فيه مشاعر الحزن وتتداخل مع القدرة الوظيفية لدى الطفل (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008).

وفي نهاية الستينات وبداية السبعينات من القرن العشرين، كان التصور المقترح أن الاكتئاب يمكن أن يظهر عند الأطفال على شكل اكتئاب متخفي، وعلى الرغم من هذه الفرضية فقد تم الإقرار بصورة متزايدة أن الأطفال يظهرون السمات الأساسية للاكتئاب الذي يظهره الراشدون أيضاً، وينعكس تبدل وجهة النظر هذه في استخدام المعايير نفسها للاضطرابات الاكتئابية للأطفال والراشدين في (DSM4-TR) حيث يشار في المعايير التشخيصية إلى الأطفال بصورة ضمنية، فالأطفال يظهرون مزاج قابل للاستثارة بدلاً من مزاج مكتئب، وتختلف المعطيات حول مدة الاكتئاب لدى الأطفال عن تلك التي لدى الراشدين إذ أن الفترات الزمنية عند الأطفال التي يحتمل للأعراض الاكتئابية أن تظهر فيها تبلغ مقدار النصف (بيترمان، 2009، 279)، فالصورة السريرية للاكتئاب في الأطفال توازي الصورة السريرية لدى الراشدين باستثناء أن الأطفال أكثر احتمالاً أن يتظاهر لديهم:

1- قلق الانفصال ورهابات وشكايات جسدية ومشاكل سلوكية (سلس بول أو التبرز اللاإرادي)، حيث يفقد الطفل تحكمه في البول، بعد أن كان قادراً على ذلك، أو يبدأ في إظهار صعوبة في النطق كالتهتهة مثلاً، بعد أن كان كلامه سلساً.

2- قد يأخذ الاكتئاب في الأطفال الأكبر والمراهقين صورة اضطرابات سلوكية، فيبدأ المراهق في الكذب أو السرقة دون داعٍ.

3- كثيراً ما يأخذ الاكتئاب صورة أعراض جسدية، فبدلاً من أن يقول المريض أنه حزين فإنه يترك ذلك لجسده، الذي يبدأ في التألم فتبدأ المعاناة من أمراض الجهاز الهضمي أو الحركي أو غيرهما.

4- وبدلاً من التعبير عن الحزن أيضاً، يمكن أن يتصرف الأطفال بشكل نزق.

5- وبالنسبة للاكتئاب الذهاني، فإن الخاصية الأساسية في الأطفال، هي حدوث الهلاوس أما التوهمات فهي أكثر شيوعاً لدى المراهقين والراشدين (نلسون،2009، 159).

ومنه نجد أن الأطفال يشبهون من سن السابعة إلى السابعة عشر الراشدون في كل من: المزاج المكتئب، فقد القدرة على الاستمتاع والسرور، التعب، مشكلات تركيز الانتباه، والتفكير في الانتحار، أما الأعراض التي تختلف عند الأطفال عن الراشدين فهي: المعدلات المرتفعة من محاولات الانتحار

والإحساس بالذنب لدى الأطفال، في حين أن الأعراض الشائعة لدى الراشدين كما يلي: الأرق في نهاية فترة النوم أي الاستيقاظ المبكر قبل أخذ الفرد كفايته منه، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، والاكتئاب في الصباح الباكر (عن عبد الخالق والنيال، 2003، 201).

وبغض النظر عن الاختلافات الموجودة بين الأطفال والراشدين، فيما يتعلق بمظاهر وأعراض ومدة الاكتئاب، فإن وجود الاكتئاب لدى الأطفال بات حقيقة علمية، سواء كانت أعراضه تقابل المحكات التشخيصية أو متخفية تتظاهر باضطرابات ومشاكل أخرى، وبالتالي فهو يحتاج إلى خطة ومتابعة لعلاجه، لما قد يتركه من تأثيرات سلبية على مختلف نواحي حياة الطفل، وبخاصة إذا ترافق مع مشكلات وأمراض جسدية أخرى.

3-6- تشخيص الاكتئاب عند الأطفال:

عادة ما يتبنى العاملون بحقل الصحة النفسية والعقلية، طريقتين في التعرف على الاكتئاب بمعناه المرضي والمتميز إكلينيكياً، يتمثل **الطريق الأول بطريق الفحص النفسي الإكلينيكي** بلقاء المريض وجهاً لوجه، وسؤاله بطريقة منهجية منظمة عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه، ويحاول الأخصائي النفسي وضع التشخيص المناسب بما يتوافر لديه من الأدلة التشخيصية وأكثرها شهرة الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر من جمعية الطب النفسي الأمريكية (إبراهيم، 1998، 62)، وتستند غالبية الدراسات على الأطفال إلى الاكتئاب الأساسي، لذا سوف نستخدم مصطلح الاكتئاب بصورة موحدة وبالتالي فإن تشخيص الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR):

أ- خمسة أو أكثر من الأعراض التالية تستمر لأسبوعين على الأقل، وتمثل تغيراً في الأداء المعتاد للفرد، و يجب أن يتوافر ضمن الأعراض إما (1) المزاج المكتئب أو (2) فقدان الاهتمام أو الاستمتاع:

1- الأطفال والمراهقين يكون مزاجهم اكتئابي أو نزق (سريع الغضب) أغلب اليوم و كل يوم تقريباً والأطفال غير الناضجين لغوياً وإدراكياً، يكونون غير قادرين على وصف حالاتهم المزاجية لذلك تكثر لديهم الشكايات الجسدية الغامضة، تعابير وجوههم حزينة، لديهم ضعف في التواصل البصري، مزاجهم

نزق، يمكن أن يكون سلوكهم طائش، لديهم عدائية، وغضب، ولكن الأطفال الأكبر والمراهقين يكون مزاجهم شبيه بمزاج البالغين.

2- نقص واضح في الاهتمامات أو التمتع في أغلب الأنشطة أغلب اليوم، تقريباً كل يوم، مثل ضعف الاهتمام باللعب والألعاب أو النشاطات المدرسية.

3- يفشل الأطفال في كسب الوزن المتوقع لعمرهم أكثر من فقدان الوزن.

4- الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريباً.

5- تهيج نفسي –حركي أو بطء نفسي – حركي (يلاحظ من قبل الآخرين وليس فقط مجرد مشاعر الشخص من التهيج أو البطاءة) ويصاحبه تغيرات مزاجية ونشاط زائد لدى الأطفال و المراهقين، كل يوم تقريباً.

6- الإجهاد أو فقدان الطاقة وتكون أعراضها على شكل الابتعاد عن اللعب مع الأقران، رفض المدرسة تكرار الغياب عن المدرسة، كل يوم تقريباً.

7- يظهر الأطفال والمراهقون مشاعر عدم القيمة غير مناسبة أو زائدة، يقول مثلاً أنا غبي، أنا متخلف والشعور بالذنب لا يظهر عادة.

8- مشاكل في الانتباه والتركيز كل يوم تقريباً، وتظهر بشكل صعوبات سلوكية أو ضعف الأداء المدرسي.

9- أفكار متكررة عن الموت أو تفكير متكرر بالانتحار دون تخطيط أو وجود خطة محددة للانتحار وهذا الأمر يمكن أن يظهر مثلاً عندما يتخلى الطفل أو المراهق عن مجموعته المفضلة من الألبومات الموسيقية أو الطوابع.

ب- الأعراض السابقة لا تتوافق مع محكات الاضطراب ثنائي القطب.

ج- تسبب الأعراض السابقة كدراً إكلينيكياً واضحاً، أو ضعف في الأداء الاجتماعي والمدرسي أو غيرها من المجالات، وقد يكون لدى المراهقين ضعف أداء مهني.

د- لا ترجع الأعراض إلى تأثيرات مباشرة فسيولوجية للعقاقير (سوء استخدام العقاقير أو الأدوية) أو حالات طبية عامة (مثلاُ قصور درقي)

هـ- إذا وجدت الأعراض الذهانية في الاكتئاب الجسيم الحاد، فإن الهلاسات السمعية تكون أكثر من الأوهام.

و- الأعراض لا تكون نتيجة لخسارة أو فقدان عزيز، و بعد الخسارة يجب أن تستمر الأعراض لمدة أطول من شهرين أو يلاحظ ضعف في الأداء الوظيفي، انشغال دائم بمشاعر عدم القيمة، أفكار انتحار (American Psychiatric Association, 2000,356) (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004، 211، 212).

ويعتمد **الطريق الثاني على الطرائق السيكومترية** من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية المقننة وعلى ما تكشفه من علامات، وجوانب من الأنماط السلوكية التي تظهر لدى الفرد، وتميز شخصيته وجوانب تفاعلاته الاجتماعية. (إبراهيم، 1998، 62)؛ ونذكر من أمثلة مقاييس الاكتئاب:

- مقياس هاملتون للاكتئاب، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس الاكتئاب للأطفال من إعداد كوفاكس(1980) (Kavacs) والمقياس المتعدد الأبعاد للاكتئاب من إعداد (عبد الخالق، 2003)

إن الأطفال المصابين بداء السكري والذين يعانون من ضعف سيطرة على سكر الدم مستمرة يجب أن يتم فحصهم لمعرفة فيما إذا كانوا يعانون من الاكتئاب والقلق، لذلك إن الفريق الطبي المشرف، عليه أن يكون مدركاً كون أن الأطفال والمراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري، لديهم إمكانية أكبر لمعاناة مشكلات عاطفية وسلوكية بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال والمراهقين الطبيعيين.

(National Institute for Clinical Excellence ,2004, 29)

لذلك فإن الأطفال والمراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري، من الأفضل أن يتوجهوا لأخصائي الصحة النفسية في الوقت المناسب، لأنهم يمكن أن يواجهوا اضطرابات نفسية (مثل القلق الاكتئاب، الاضطرابات السلوكية، بالإضافة إلى مشكلات أسرية قد تؤثر على العلاج (NDST, 2006, 4).

3-7- العوامل في اكتئاب الأطفال:

تكثر العوامل التي تحاول تفسير الاكتئاب عند الأطفال، وقد حاولنا الإحاطة ببعضها، ومنه قمنا بتقسيم العوامل المؤدية لاكتئاب الأطفال إلى ما يلي:

3-7-1- العوامل الوراثية:

تشكل العوامل الوراثية دوراً في حدوث الاكتئاب الأساسي، فالأشخاص الأكثر خطورة من الناحية الوراثية هم أكثر حساسية لظروف الحياة الراضة، وأظهرت دراسات التوائم نسبة توافق (76%) للاكتئاب بين التوائم أحادية البويضة الذين تمت تربيتهم مع بعضهما مقابل نسبة (67%) للتوائم الأحادية الذين تمت تربيتهم بشكل منفصل، بالمقارنة مع نسبة (19%) للتوائم ثنائية البويضة الذين تمت تربيتهم مع بعضهم، وهناك زيادة أيضاً في معدل الاكتئاب من (3–6) أضعاف في أقارب الدرجة الأولى لمرضى يعانون من اضطراب وجداني أساسي (نلسون، 2009، 159).

ويزداد الاكتئاب قليلاً عند الأبناء إذا كان أحد الوالدين يعاني من المرض، وأكثر إذا كان كلا الوالدين مصابين بالاكتئاب، وعندما يكون المصاب بالاكتئاب أبعد في القرابة تقل النسبة تدريجياً (سرحان وآخرون، 2008)، حيث إن إصابة أحد أفراد الأسرة بالاكتئاب وبخاصة الوالدين، يزيد من خطورة إصابة الأطفال قبل بلوغهم سن (18) بدرجة تبلغ مرتين إلى ثلاثة أكثر من الأطفال الذين لا يعاني والديهم من الاكتئاب، وأكثر التفسيرات انتشاراً قائم على أساس النقل الوراثي المباشر للاضطراب بالإضافة إلى التفاعل الوظيفي المضطرب بين الوالدين والطفل أو الصراعات الزوجية أو القدرة الانفعالية عند الوالدين على التعبير والاستجابة (بيترمان، 2009، 285).

وأخيراً نجد أن بعض الأبحاث وجدت اختلافات، فمثلاً نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين لا تصل لنسبة إلى (100%)، وهذا يدل على وجود عوامل أخرى ليست وراثية وهي التي تحول الاستعداد الوراثي إلى حقيقة وواقع، وبعبارة أخرى أياً كانت تأثيرات المورثات الجينية فلابد لها أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية اجتماعية أخرى توجهها إلى المرض أو الصحة (إبراهيم، 1998، 92).

3-7-2- العوامل البيوكيميائية:

يتعلق التفسير البيوكيميائي بكون الاكتئاب قد ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في الدماغ وبخاصة توزع العناصر الكيميائية فيه، وخاصة توزيع العناصر الأمينية، فمن المعتقد أن المحافظة على التوازن المزاجي تحتاج إلى توازن في العناصر الأمينية، والاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة إذا قل وجود هذه العناصر أو أحدها، وهي تشمل النورابينفرين (norepinephrine) والسيرتونين (Serotonin) والدوبامين (dopamine)، ومما يشير إلى بعض الصحة في التفسير الأميني للاكتئاب أن العقاقير التي تؤثر على نحو مباشر في تخفيض مستوى الأمينات في المخ تؤدي إلى الخدر واللامبالاة (إبراهيم، 1998، 94)، وكذلك تم ملاحظة أن العقاقير التي تستخدم في علاج الاكتئاب مثل كابحات الحمض الأميني الأحادي تعمل على زيادة نسبة الموصلات الأمينية في المخ (بيترمان، 2009، 254).

بالإضافة إلى أن المستويات المنخفضة من 3– ميتوكسي هدروكسي فينيل غليكول و5– هيدروكسي اندول استيك أسيد في بول المرضى المصابين بالاكتئاب (نلسون، 2009، 159)، وتبين أن نقص هرمونات الغدة الدرقية يؤدي للاكتئاب، وكذلك نقص فيتامينات كفتيامينB12 (الخاطر، 1412، 27).

وكذلك تم إثبات فرط إنتاج البلازما كورتيزول (Plasma-Cortisol) وهو هرمون تفرزه غدة محيط الكظر، لدى الأطفال المكتئبين في مرحلة ما قبل المراهقة، غير أن دراسات لاحقة لم تؤكد هذه النتيجة (بيترمان ، 2009، 290)، وكذلك اكتشف لدى الأطفال المصابين وجود طرح غير نمطي لهرمونات النمو، وقد وجدت بونغ–أنتيش وآخرون لدى المراهقين المكتئبين في أثناء النمو طرحاً لهرمونات النمو أكثر بصورة دالة مما هو الأمر عليه لدى مجموعة ضابطة، ويعتبر طرح هرمونات النمو رد فعل على نقص السكر الذي يسببه الأنسولين، وفي مجموعة من الأطفال لم يتمكن من إيجاد فروق بين المكتئبين ومجموعة الضبط في طرح هرمون النمو (المرجع السابق، 291).

وعندما يكون الأطفال جيدي التكيف ثم تحدث لديهم استجابات اكتئابية ينبغي تحري وجود أسباب طبية وخاصة في غياب أسباب أخرى للاكتئاب، فقد يكون هناك اختلال في التوازن الهرموني (خاصة لدى الفتيات أثناء البلوغ) أو فقر الدم ناتج عن نقص الحديد أو اضطرابات في الغدة الدرقية أو فيروسات

(خاصة لدى المراهقين)، أو حساسية للطعام (شيفر وميلمان، 1989، 173)، أو الإصابة بظروف طبية لفترة طويلة مثل السكري أو الصرع (www.webmd.com, download in 05.01.2011).

3-7-3- العوامل الأسرية:

إن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون أيضاً، ومن الصعب الحكم إلى أي مدى ما يعتبر اكتئاب الطفل أو المراهق موروثاً أو مكتسباً، لكن دون وجود أي تهيؤ وراثي فإن النماذج الأبوية الاكتئابية سوف تؤدي إلى أن يقلد الأطفال مظاهر مختلفة من الاكتئاب، حيث يتعلم الأطفال أن يكونوا متشائمين حزانى، فالآباء المكتئبين لا يتواصلون على نحو جيد مع أطفالهم، ونقص التواصل يسهم مباشرة في تكوين مشاعر العزلة واليأس والاكتئاب (شيفر وميلمان، 1989، 172)، وقد دلت الدراسات المختلفة على أهمية السنوات الأولى من عمر الطفل في بناءه النفسي، وتأثير هذا البناء على إمكانية حدوث الاكتئاب في المستقبل، ومن الأمور الواضحة أن الحرمان من الأم يشكل نقطة لحدوث الاكتئاب في المستقبل (سرحان وآخرون، 2008، 44).

وقد تؤدي الصراعات الأسرية المتكررة إلى مشاعر اكتئاب لدى الأطفال وخاصة الأكثر حساسية منهم كما أن الصراعات المتكررة والشديدة بين الأخوة يمكن أن تؤدي أيضاً إلى كثير من الحزن لدى طفل معين، وبعض الآباء لا يتقبلون أي تعبير عن الفشل أو الإحباط أو عدم السعادة من قبل أطفالهم، وهم يتحدثون بالنيابة عنهم أو يصدرون إليهم التعليمات بدلاً من أن يتحدثوا معهم، و غالباً ما يتخلى الطفل عن محاولات الاتصال مع هؤلاء الآباء، فبدلاً من أن يصغي و يتحدث ويحل المشكلات يصبح اكتئابياً (شيفر وميلمان، 1989، 172).

ونتيجة تزايد نسبة الطلاق والانفصال بين الأزواج، وافتقاد الفرد إلى كثير من مصادر الدعم والحماية فلم يعد الآباء قادرين على قضاء وقت أطول مع أبنائهم، كما كانوا يفعلون في السابق، بالإضافة إلى أن مفهوم الأسرة الممتدة بدأ يتقلص في كل المجتمعات تقريباً بما فيها مجتمعاتنا العربية، فالأسرة الممتدة كانت تحيط الفرد في مراحل النمو المبكرة بالرعاية والأمان حتى في غياب أحد الوالدين، فتقلص الأسرة الممتدة وعدم وجود بدائل كافية تعوض الافتقاد للإحساس بالأمان والرعاية (ابراهيم، 1999، 30).

3-7-4- العوامل النفسية: هناك عدة عوامل نفسية يمكن أن نتحدث عن بعضها:

1- الشعور بالذنب: حيث أن الأطفال الذين يشعرون بالذنب يلومون أنفسهم لأية مشكلة أو فشل، وغالباً ما يتحدثون لأنفسهم بلغة سلبية جداً، وهؤلاء الأطفال قد يصبحون غاضبين على أنفسهم ومكتئبين وقد يؤذون أنفسهم على نحو ما لمعاقبة الذات (حواشين وحواشين، 1989، 148).

2- الاستجابة للخسارة الفادحة: يكون الأطفال مهددين إذا كانت مشاعر اعتبار الذات معتمدة على مصدر خارجي واحد، فإذا لم يعد المصدر متوافراً (مثل أحد الوالدين، حيوان أليف)، أصبح الاكتئاب نتيجة محتملة (شيفر وميلمان، 1989، 171).

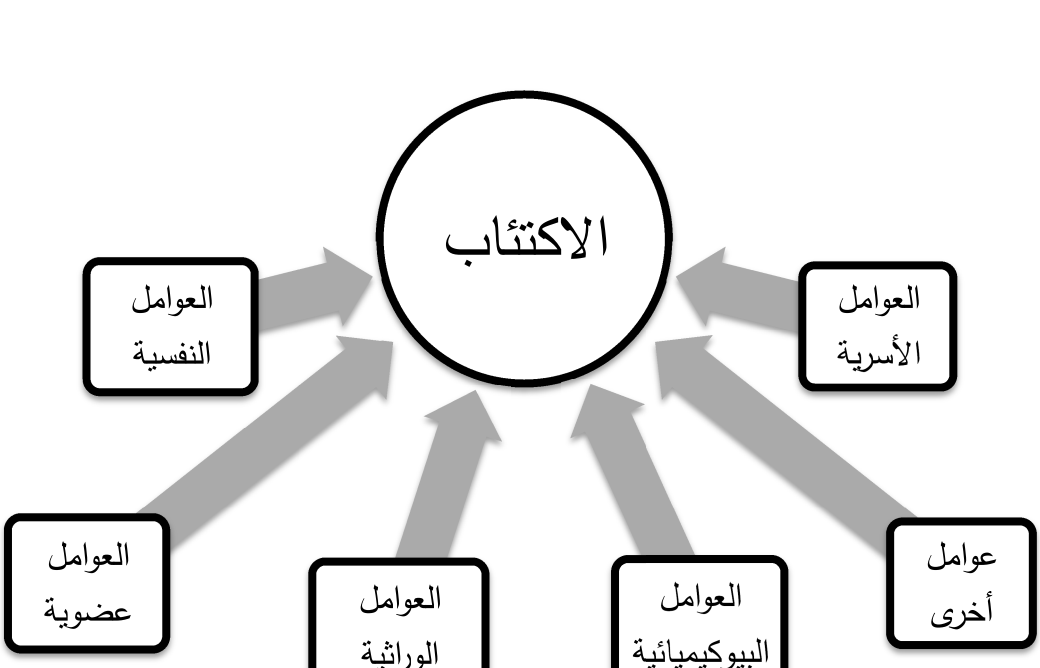
3- الحصول على الانتباه والحب: كثيراً ما يؤذي الأطفال أنفسهم أو يعبرون عن شعورهم بالحزن كطريقة للحصول على محبة الآخرين وتعاطفهم، عندما لا يمكن للطفل الحصول على الانتباه بطرق أخرى، والاستجابة للتوتر (المرجع السابق، 172).

3-7-5- العوامل العضوية:

إن معاناة أي طفل من أعراض الاكتئاب جزيئاً أو كلياً، تستدعي وقفة طبية مدققة ومسحاً طبياً شاملاً للتحري عن أي سبب عضوي أو مرض ما، شكَّل المقدمة والسبب الأول لشكاية الاكتئاب هذه. يمكن أن يسبب المرض الجسدي الاكتئاب، فالصدمة التي يتعرض لها الشخص نتيجة اكتشافه أنه يعاني من مرض خطير قد تسبب فقدان الثقة بالنفس والاعتداد بالذات، وبالتالي الاكتئاب، وهناك بعض الأمراض التي قد تسبب الاكتئاب في طريقة تأثيرها في الجسم، كما أن الأمراض المؤثرة في الهرمونات قد تسبب الاكتئاب، ونذكر من هذه الأمراض خاصة مرض الصرع، نقص نشاط الغدة الدرقية، قصور الغدة الكظرية، الشقيقة، فقر الدم الناتج عن نقص الحديد، الربو المزمن، الفشل الكلوي، داء السكري (المرزوقي، 2008، 61). وهناك قائمة طويلة من الأمراض الجسمية التي تؤدي إلى الكآبة، أما نتيجة للطبيعة المزمنة للمرض أو الطبيعة الحرجة للمرض أو نتيجة لاستعمال أدوية معينة في العلاج تؤدي بصورة غير مباشرة إلى ظهور أعراض الكآبة

(http://ar.wikipedia.org/depression download in 02.09.2011).

3-7-6- عوامل أخرى: يفترض العلماء أيضاً أن تزايد نسبة التلوث البيئي تساهم بدورها في خلق مناخ صحي عام مضاد للصحة النفسية والاجتماعية كلتيهما، وهناك ما يؤكد أن الاكتئاب يوجد وينتشر بصورة وبائية بين الفئات المتعاطية والمدمنة (ابراهيم، 1999، 30)، وعدم وجود علاقات جيدة مع الأقران التعرض للمضايقات أو التنمر من الآخرين (www.webmd.com, download in05.01.2011). والضغط المبالغ فيه في الدراسة للتفوق، الخوف من مدرس معين لقسوته أو لسوء معاملته للتلميذ (الشوريجى، 2003، 135)، وقد ترتبط بطالة أحد أفراد الأسرة، الانتقال لمدرسة جديدة، الاتصال القليل بالأصدقاء، الخبرات المتكررة مثل الرفض، والشعبية الضئيلة بين الأتراب مع الاكتئاب في سن المراهقة المبكرة، إلا أن العلاقات الاجتماعية الجيدة لا تمتلك في هذه السن أي تأثير إيجابي، إلا انه لاحقاً وفي المراهقة تميل العلاقات الوثيقة بالأتراب إلى التأثير بصورة وقائية وبخاصة عندما تكون العلاقة متضررة بالوالدين (بيترمان، 2009، 287).



شكل رقم (1) العوامل في اكتئاب الأطفال

إن عوامل الاكتئاب في سن الطفولة ترجع إلى توليفة بين بنية الطفل وظروف حياته، فالخبرات المؤلمة مثل موت أحد الوالدين، الحرمان أو الخوف من فقدان أحد الوالدين أو كلاهما، أساليب التربية

الخاطئة، وجود اضطرابات سلوكية، فرط الحركة، اضطرابات التعلم، الأمراض العضوية المزمنة والإساءات بأشكالها المختلفة التي يكون تعرض لها الطفل أو المراهق، ولا شك أن للحروب آثاراً سلبية على صحة الأطفال و المراهقين النفسية (سرحان وآخرون،2008، 42).

وإذا كانت النظريات قد تعددت والآراء قد اختلفت حول السبب المباشر لحالة الاكتئاب، فإن هناك حقيقة تظل شبه مؤكدة وهي تداخل العوامل وتعددها، وأكثر من ذلك تفاعلها مع بعضها البعض حيث يكون من الصعب تحديد سبب محدد لكل حالة أو الفصل بين العوامل المتعددة، ففي الأمراض النفسية من الصعب أن ينسب المرض إلى سبب واحد يؤدي إلى نشوئه، بل إنه حصيلة تضافر عدد من العوامل تساهم في حدوثه.

3-8- المداخل النظرية المفسرة للاكتئاب:

قدمت كل نظرية من نظريات علم النفس تفسيرها للاكتئاب وعوامل نشأته، مع العلم أن كل نظرية لوحدها قد تكون عاجزة عن تقديم تفسير كامل لهذا الاضطراب، لذا فإن تسليط الضوء على أهمها قد يعطي صورة متكاملة حول ماهية هذا الاضطراب لفهمه بصورة أفضل، لكن يجب أن نراعي أن غالبية هذه النماذج والنظريات قد تم تطويرها للراشدين لذلك قد لا تراعي الخصائص المهمة بالنسبة للأطفال.

3-8-1- مدخل التحليل النفسي:

تقول وجهة نظر التحليل النفسي ببساطة إن للخبرات وما يمر به الإنسان دور في حدوث الاكتئاب ويعود الفضل للتحليل النفسي في توضيح أهمية الأحداث الحاصلة في الطفولة بالنسبة للحياة اللاحقة (رضوان، 2007)، وقد عبر أبراهام (Abraham) عن نظرته للاكتئاب التي تتبلور حول العلاقة بموضوعات حبنا، وهو ما يسميه المحللون النفسيون بدراسة العلاقة بالموضوع، فعندما لا يجد الشخص تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية، وإشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب والكراهية، والعداء نحو موضوع الحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات وهذا هو الاكتئاب، فالاكتئاب عادة ما يحدث وما يشتد إثر وفاة موضوعات حبنا أو عند فقدانها بالهجر والخسارة، وهذه النوبات من الاكتئاب التي تنفجر وتشتد بعد وفاة أو فقدان موضوعات حبنا، هي وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي

تسببت في الوفاة والفقدان مما يضاعف بدوره مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات (ابراهيم، 1998، 86-87).

وقد صاغ فرويد نظريته عن فقدان الموضوع وعلاقته بالاكتئاب، حيث يكون الحزن هو رد الفعل الطبيعي للفقدان، فيكون النكوص في هذه الحالة محاولة ترميمية لإصلاح وتعديل الموضوعات داخل الذات في الاكتئابات البسيطة، وإذا ما تسبب هذا الفقدان الخارجي إلى فقدان الموضوع الداخلي (فقدان الليبيدو) لاشعوري فيكون النكوص أعمق حيث تكون الاكتئابات الشديدة، ويتطلب هذا الأمر إعادة بناء الذات والموضوع معاً (بطرس، 2008، 447).

وقد ناقشت نظرية التحليل النفسي دور الخبرات المبكرة في حياة الطفل، وخاصة خبرة فقدان أحد الوالدين وتأثيرها في الإصابة بالاكتئاب اللاحق، بالإضافة إلى تسليط الضوء على أهمية العلاقات الاجتماعية المبكرة التي يعيشها الطفل مع الأشخاص المهمين في حياته، وهذه من الجوانب الإيجابية التي تتميز بها هذه النظرية؛ حيث أشارت إلى أفكار جديدة ساهمت في إغناء البحث العلمي، وفي إضافة نقاط مهمة لفهم اضطراب الاكتئاب بشكل جيد و بالتالي وضع خطط لعلاجه والوقاية منه، و لكن من المأخذ عليها أنها لم تناقش تأثير الظروف والضغوط الحياتية التي تلعب دوراً كبيراً في حياة الإنسان.

3-8-2- المدخل السلوكي:

يعتبر أن الاكتئاب هو ردة فعل على التعزيز السلبي في مجالات مهمة من الحياة، ونتيجة هذه النسبة المنخفضة من التعزيز الإيجابي، فهي أنه يقلل اشتراك الشخص المعني بالنشاطات التي تجلب له تعزيز إيجابي مما يقوده بالتالي إلى عدم الارتياح والاكتئاب، وقد افترض نموذج ليفينسون (Lewinsohn) أن الأشخاص المكتئبين يمتلكون نوع من المهارات الاجتماعية يجعل الحصول على التعزيز الإيجابي من محيطهم الاجتماعي صعب (بيترمان،2009، 292).

وللمدخل السلوكي عدة نماذج منها:

1- اليأس المكتسب (المتعلم): وهي من النظريات التي أثارها عالم النفس سيلغيمان (1975)، وذلك عندما أجرى تجاربه على الحيوانات (Wilmshurst, 2005, 112)، فكشف عن كثير من الحقائق

القيمة في فهم الاضطراب النفسي وفي علاجه وخصوصاً الاكتئاب، وقد عدلت هذه النظرية كي تشمل سيرورات العزو بالنسبة للنجاح والفشل، كما راعت في مذهبها الاكتئاب عند الأطفال، وتنطلق النظرية من أن الاكتئاب يولد القناعة المتمثلة في أن الأحداث أو العواقب السلبية غير قابلة للضبط، فإذا ما عزا الأشخاص بشكل داخلي وثابت وعام الأحداث السلبية غير القابلة للضبط بدلاً من البحث عن تفسير للأحداث لها بصورة خارجية ومتغايرة وخاصة فإنهم يكونون قابلين للإصابة بالاكتئاب (بيترمان،2009، 292).

2- افتقاد التدعيم reduction in reinforcement: وهو من المفاهيم التي أثارها ليفينسون، حيث تبين أن الاكتئاب يتزايد في كثير من الحالات والتغيرات البيئية السلبية كالهجرة والطلاق، وموت الأعزاء والتقاعد عن العمل، أي المواقف والتغيرات التي ينتج عنها فقدان رئيسي لأحد أو لمجموعة من مصادر التدعيم، فالشخص يتوقف عن ممارسة نشاطاته المعتادة التي كانت تلقى التدعيم من قبل بسبب فقدان موضوع الحب، أو فقدان أي مجال من مجالات النشاط الاجتماعي أو المهني (مثلاً: الموت أو الطلاق أو فقدان العمل) كلها قد تتحول إلى مصدر رئيسي من مصادر تطور الاكتئاب وتدعيمه أكثر فأكثر (إبراهيم، 1998، 127-128).

ومن خلال من سبق يتبين أن للنماذج السلوكية آثار عميقة ومهمة في فهم الاكتئاب من نواحي التشخيص والعلاج، فقد وضعت تفسيرات متعددة لشرح تطور هذا الاضطراب وحدوثه، والأهم من ذلك هو تبلور أهم الثورات في العلاج النفسي وهي حركة العلاج السلوكي التي طورت كثيراً من الأساليب والفنيات العلاجية والتي كان لها الدور الكبير في علاج الاكتئاب.

3-8-3- المدخل الاستعرافي:

قدم أرون بيك (Beck) عام 1970 وجهة نظره في تفسير الاكتئاب، وهي تعتمد على أن المكتئبين يفكرون بطريقة لا منطقية على وجه العموم وبالتالي فإنهم يتوصلون إلى نتائج غير منطقية عند تقييم أنفسهم، ويسمي بيك هذه الأنماط في التفكير باسم البناء المعرفي (Schemata) بعبارة أخرى طريقة إدراك الشخص للعالم (بطرس،2008، 449).

ويعتبر نموذج بيك (Beck) من النماذج النفسية المهمة في تفسير الاكتئاب، ويفترض هذا النموذج أن

المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يرتكز على فكرة فقدان كبير، فيحس المريض أنه قد خسر شيئاً ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن، وقد تم بالتالي صياغة الثالوث الاستعرافي والذي يتألف من تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل (بيك، 2000، 72).

ومن النماذج المعرفية أيضا نموذج الضبط الذاتي، ورائد هذا النموذج ريم (Rehm, 1977) حيث يرى أن المكتئب يكون أكثر اهتماماً بالأحداث السلبية من الأحداث الإيجابية، وفي تقييم الذات عند الأشخاص المصابين بالاكتئاب فإنهم يميلون إلى أن يضعوا لأنفسهم معياراً داخلياً غير واقعي وكمالي ومن خلال ذلك تقل إمكانية تحقيق الأهداف مما يؤدي بدوره إلى أن يُقوّم الشخص نفسه بشكل سلبي وبأسلوب عام ومعمم (التعزيز الذاتي) (بيترمان،2009، 292).

لابد من الإقرار بأهمية المدخل الاستعرافي وما قدمه من معلومات وأفكار جديدة، شكلت إطاراً نظرياً متماسكاً، وكان لها دوراً كبيراً في فهم جيد للاضطرابات النفسية بشكل عام، والاكتئاب بشكل خاص بشرحها لآلية نشوئه واستمراره، ومنه توفير الكثير من الفنيات والتدخلات العلاجية، التي تضافرت مع النظريات السابقة لتشكل تدخلاً علاجياً متكاملاً.

ومما تقدم يبدو أن معظم هذه النظريات قد أجمعت فيما بينها على أن الاكتئاب يحدث كرد فعل لتفاعل الأحداث البيئية، ينتج عنه تلك الحالة الانفعالية السوداوية وما يصاحبها من تشوهات معرفية وتغيرات سلوكية مصاحبة لها (بطرس، 2008، 450).

3-9- أهمية علاج اكتئاب الأطفال:

كان الاكتئاب في عام (1990) يحتل المرتبة الرابعة باعتباره يشكل عبأً، ومن المتوقع أن يكون يحتل المرتبة الثانية بحلول 2020م(Williams et al.,2006,79)، وأشار ولسين (Wulsin,1996) أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية، لا يقل عن خطر الأمراض الجسمية الشديدة كأمراض الأوعية الدموية والقلب، وأمراض الروماتزم، وداء السكري، وأمراض الجهاز الهضمي، فضلاً عن هذا تبين أن فرص الشفاء من المرض الجسمي واضطراب الوظائف العضوية تطول إذا كان المرض مصحوباً بالاكتئاب، فالمكتئبين يميلون إلى تضخيم إحساسهم بالألم كما أنهم أقل ميلاً إلى متابعة العلاج الطبي

والالتزام بالخطط العلاجية والأدوية المطلوب تعاطيها، مما يساهم في تأثر علاجهم من الأوجاع والأمراض المعتادة التي تصيبهم (إبراهيم، 1998، 31)، فيعتبر الاكتئاب المرض الأول في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي عام 2006م صُرف ما يُقارب 60 مليون وصفة من الأدوية المضادة للاكتئاب بينها (11) مليون وصفة كانت للأطفال (عن عبد الرحمن، 2008).

ويظهر الاكتئاب لدى الأطفال عادة مع اضطرابات السلوك والسلوك المعاند، ومتلازمات القلق وبصورة خاصة قلق الانفصال، وقد يترافق الاكتئاب لدى المراهقين الذين يعانون من اضطرابات الطعام وسوء استخدام الكحول و العقاقير، ويظهر السلوك العدواني واضطرابات السلوك الأخرى بصورة مختلطة مع الاكتئاب عند الصبيان باحتمال أكثر من البنات، ويبدي الأطفال الذين يعانون من اكتئاب مع اضطرابات نفسية أخرى تكراراً أكبر للسلوك الانتحاري (بيترمان، 2009، 282).

وعدم طرح الأهل للتساؤلات بخصوص حال طفلهم إلا بعد تفاقم الألم عنده قد يشكل واقعاً صعباً، ومما يساهم في تعزيز هذا الواقع هو صعوبة تشخيص الاكتئاب عند الطفل أحياناً، لأن مظاهره قد تبقى مقنعة ودون ارتباط ظاهري بالمشاعر الحقيقة التي يحس بها، بحيث قد يتظاهر بمشكلات واضطرابات أخرى أو مجرد إنكار الأهل والمربين لوجود هذا الاضطراب لدى الطفل، لذلك لا بد أن يتم تعزيز دور أخصائي الصحة النفسية في التدخل عند وجود أي مشكلة نفسية أو تغير ملحوظ لدى الطفل، والعمل للوصول إلى مصدر الأعراض و المظاهر النفسية عنده، وعدم الاكتفاء بالنظرة السطحية لمشكلته أو اضطرابه، وأن لا يتم الاكتفاء بالمحكات التشخيصية المعتمدة عند الأطفال، بل عمل نظرة شمولية لبيئة الطفل، ومقابلته هو وأهله، ومنه الوصول إلى لب المشكلة الأساسية.

وعند الحديث عن موضوع الاكتئاب لدى الأطفال، لا يمكننا تجاوز قضية خطيرة جداً، مرتبطة بهذا الاضطراب وهي الانتحار، حيث يعتبر الانتحار ثاني سبب لوفيات المراهقين، وتزداد خطورة الإقدام على الانتحار عند المراهقين المصابين بأمراض مزمنة، وتتفاقم هذه الخطورة بوجود مشاكل أو مصاعب شخصية مع الآخرين، وبزيادة الوصول إلى الأدوية التي من الممكن أن تستخدم في محاولة الانتحار. (نلسون،2009)، لذلك فإن علاج الاكتئاب له الأهمية بالدرجة الأولى، فحوالي (25–30 %) من الأشخاص الذين يحاولون الانتحار مكتئبين (أولدهام، 2009، 339)، و(50–70%) من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب (غريب، 2007، 93).

فالاكتئاب إذاً هو من أكثر الأمراض خطورة وتكلفة في كافة المجتمعات، لذلك لابد من وضع خطط موضوعية للتصدي لأسباب هذا المرض والتقليل من آثاره السلبية، والاكتئاب من الاضطرابات النفسية القابلة بشكل جيد للعلاج، وفي بعض الأحيان يمكن أن تشفى تماماً دون حدوث انتكاس، ومن حيث المبدأ تتوفر ثلاث طرق أساسية لعلاج الاكتئاب: العلاج الدوائي، والأساليب العلاجية السلوكية والعلاجية النفسية (بيترمان، 2009، 299).

3-10- مآل الاكتئاب لدى الأطفال:

3-10-1- المدة: يسير الاكتئاب في الحالة العادية عند الأطفال والمراهقين بصورة مزمنة، ويمكن أن تتعلق المدة الأكثر طولاً من طور اكتئابي يظهر للمرة الأولى بعوامل مثل: محيط أسري مضطرب وظيفياً، درجة شدة عالية من الاكتئاب الأول، الجنس الأنثوي (بيترمان، 2009، 287)، وأظهرت دراسة (كوفاكس Kovacs) أن الأطفال الذين شخصت حالتهم وفق المعيار التشخيصي، إذا لم يشفوا بعد سنة من العلاج فليس من المحتمل شفاؤهم في السنة التالية أيضاً، كما يستمرون في إظهار أشكال من سوء التكيف ترافق الاكتئاب (عبد الله، 2001، 263).

3-10-2- الانتكاس: يظهر الانتكاس عند الأطفال والمراهقين بتكرار كبير، فخلال سنة واحدة كان الأطفال فيها قد شفوا من الاكتئاب، عانى (26%) حتى (35%) منهم من طور اكتئابي جديد، واحتاجوا في غالبيتهم إلى علاج مركزي في المستشفى (بيترمان، 2009، 288)، فيجب أن يعتبر الاكتئاب لدى الأطفال كما هو لدى البالغين مرضاً مزمناً يتخلله فترات من المزاج الطبيعي (نلسون، 2009، 159).

وفي نهاية هذا الفصل ترى الباحثة أنه يجب أن تكون هناك جهود حثيثة وتعاون بين الأسرة والمدرسة ومراكز الخدمات الصحية، لتقليل نسبة إصابة الأطفال بالاكتئاب، والذي يؤدي في الحالات الشديدة منه إلى الانتحار، والبداية الصحيحة هي معرفة المشكلة التي يعاني منها الطفل وتوجيه البرامج العلاجية المناسبة، بقيادة الأخصائيين الملائمين لهذا العمل، وإن كانت الوقاية أفضل ضمن هذا الإطار، وقد تبدأ من خلال الاهتمام بالطفل كإنسان له عواطف وحاجات أساسية، بالإضافة إلى دعمه وجعله فاعلاً في حياته، وأكثر قدرة ليكون مبدعاً خلاقاً، وهذا يستدعي منا دائماً اتخاذ شرط العقلانية والهدوء والاحترام للأطفال؛ من أجل بناء إنسان متكامل يستطيع الصمود في وجه الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب.

الفصل الرابـع:

4. داء السكري (النمط الأول) Diabetes Mellitus (Type 1)

توطئة.

4-1- مفهوم الأمراض المزمنة .

4-2- داء السكري (تعريفه، أنماطه، انتشاره).

4-3- أعراض داء السكري (النمط الأول).

4-4- تشخيص داء السكري (النمط الأول).

4-5- العوامل في داء السكري (النمط الأول).

4-6- الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري.

4-7- مضاعفات داء السكري (النمط الأول).

4-8- علاج داء السكري (النمط الأول).

4-9- الاكتئاب و داء السكري.

- توطئة:

يعتبر داء السكري من أمراض العصر الشائعة في جميع أنحاء العالم، وخاصة في الأماكن والمناطق التي تكثر فيها الأطعمة الغنية بالسكريات والكربوهيدرات...الخ بالإضافة إلى قلة الحركة، وهو من الأمراض المزمنة التي تلازم الفرد المصاب بها على الأغلب بقية حياته.

وقد عرف داء السكري منذ أكثر من ثلاثة آلاف عام، عندما لوحظ تجمع الذباب والنمل حول بول المريض، مما جعل الأطباء آنذاك يعتمدون في تشخيصهم لهذا المرض على تذوق بول المريض، ومنذ بداية القرن التاسع عشر والاكتشافات الخاصة بمرض السكري تتوالى؛ حيث استحدثت طرق فعالة لتحديد نسبة السكر في الدم، واكتشفت جزر لنغرهنس التي تفرز هرمون الأنسولين والأحماض الأمينية المكونة لهذا الهرمون، كما تمكن العلماء من تصنيع الأنسولين (الباش، 1995، 10).

وهناك نمطان يندرجان تحت داء السكري، النمط الأول (يعرف بداء السكري المعتمد على الأنسولين) والنمط الثاني (يعرف بداء السكري غير المعتمد على الأنسولين)، "ويحدث النمط الأول بنسبة كبيرة لدى الأطفال، لكن نسبة انتشاره قليلة جداً بالمقارنة مع النمط الثاني في مجتمع المصابين بداء السكري" (وفائي، 2005، 13)، وفي هذا الفصل تم الحديث عن النمط الأول من داء السكري، وذلك لضرورة تكوين فكرة واضحة عنه باعتبار أن المصابين به يشكلون مجتمع وعينة الدراسة، وذلك بالرجوع إلى الأدبيات و البحوث التي تناولته، ومنه يمكننا القول أنه على الرغم من خطورة الإصابة بداء السكري والمضاعفات الناجمة عنه، فإن الطفل أو المراهق يستطيع أن يتمتع بحياة طبيعية مثل أقرانه وذلك بتوافر رعاية صحية جيدة ومتابعة مستمرة لبرنامج العلاج دون أن ننكر دور العائلة بما توفره من مناخ أسري سوي.

1-4- مفهوم الأمراض المزمنة Chronic Diseases:

هي تلك الأمراض التي تدوم طويلاً (غالباً لسنوات)، ولا تختفي تلقائيا، وغالبا لا يتم الشفاء منها بشكل كامل (http://www.pmrs.ps download 02.07.2011)، وتؤثر الأمراض المزمنة على الطفل المصاب بها في نشاطات الحياة اليومية والإدارة الاجتماعية مقارنة بالأقران الأصحاء في مجالات

مجرى النمو والنضج الاجتماعي والانفعالي والمعرفي والجسدي؛ مما يجعله بحاجة للدعم الطبي – التمريضي– أو التربوي النفسي، إلى أبعد من المقدار المألوف بالنسبة للعمر. (بيترمان، 2009، 570).

2-4- داء السكري Diabetes Mellitus (تعريفه، أنماطه، انتشاره):

يتميز داء السكري باستقلاب غير طبيعي (شاذ) لسكر الدم، وذلك يعود لإنتاج أو استخدام غير طبيعي (شاذ) لهرمون الأنسولين، ويتميز بارتفاع في مستوى السكر في الدم، ويعود ذلك لدمار خلايا بيتا (كلياً أو جزئياً) الموجودة في جزر لنغرهنس في البنكرياس وهي المسؤولة عن إنتاج الأنسولين (Blair,2006,3). وبدون هذا الهرمون الحيوي لا تستطيع الخلايا والأنسجة امتصاص الجلوكوز فخلايا المصابين بهذا الداء يمكن أن تموت جوعاً بالرغم من المستويات العالية للجلوكوز في مجرى الدم، لذلك هم بحاجة إلى مراقبة مستمرة وثابتة لمستويات سكر الدم، والتقيد ببرنامج محدد لهم، يوازن بين جرعات الأنسولين، والوجبات الغذائية، والتمارين الرياضية، بالإضافة إلى القيام بفحوصات يومية متكررة لمستوى السكر في الدم، والفحوصات الشاملة التي تحاول الكشف عن أي مضاعفات مرتبطة بهذا الداء.

4-2-1- تعريف داء السكري: هناك عدة تعريفات لداء السكري، وحاولنا أن نذكر بعض هذه التعريفات لتكوين فكرة واضحة ومختصرة عن طبيعة هذا الداء:

1– تعريف منظمة الصحة العالمية لداء السكري: هو داء مزمن يحدث عندما لا يفرز البنكرياس الكمية الكافية من الأنسولين أو عندما لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين بشكل فعال، ويعتبر ارتفاع سكر الدم نتيجة لعدم القدرة على ضبط السكري وبمرور الوقت يمكن أن يسبب أضراراً خطيرة للعديد من أجهزة الجسم، وخاصة للأعصاب والأوعية الدموية (www.who.int download in 04.03.2011).

2– التعريف العلمي لداء السكري: هو متلازمة تتصف باضطراب الاستقلاب وارتفاع شاذ في تركيز سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين، أو انخفاض حساسية الأنسجة للأنسولين، أو كلا الأمرين (Tierney, 2002, 120).

3- داء السكري: هو داء مزمن ويتصف بارتفاع سكر الدم، ومرتبط بشذوذ كبير في استقلاب الكربوهيدرات والدهون والبروتينات، ومصحوب بميل ملحوظ لتطوير أمراض في الكلى، العيون الأعصاب وأمراض قلبية وعائية (Kaufman,2008, 5).

داء السكري له عدة تعاريف علمية، ولكنها جميعها تصب في نقاط أساسية، كونه داء مزمن يصيب الإنسان في مراحل عمره المختلفة، نتيجة عدم إفراز هرمون الأنسولين أو نقص إنتاجه بسبب تدمير خلايا بيتا في جزر لنغرهنس في البنكرياس كلياً أو جزئياً، أو مقاومة الأنسولين في خلايا الجسم، وبالتالي يرتفع مستوى السكر في الدم، بينما تنقص مستوياته في الخلايا، وهذا يسبب مجموعة من الأعراض لدى المصاب، ويحتاج بالتالي لأخذ الأنسولين الخارجي أو الحبوب الخافضة لسكر الدم وذلك لمنع تفاقم المضاعفات.

2-2-4 - أنماط داء السكري:

1- النمط الأول: وكان قديماً يعرف باسم السكري المعتمد على الأنسولين (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) واختصاراً (IDDM) ، وكان يسمى كذلك "بسكر الصغار" (Juvenile diabetes) لأنه عادة ما تظهر الأعراض في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ولكن هذه التسمية ألغيت لأن النمط الأول من داء السكري يصيب الشباب والمسنين على حد سواء، فذروة بدء هذا النمط بين عمر(11و13) سنة، لكنه قد يبدأ في أية فئة عمرية بما فيها الشيخوخة، وفي هذا النوع فإن خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells) المسؤولة عن إنتاج الأنسولين قد تم تدميرها تدريجياً وأصبحت غير قادرة على إنتاج الأنسولين، لذلك فإن النقص الحاصل في كمية الأنسولين يكون دائماً ويحتاج العلاج بالأنسولين كعلاج وحيد ودائم (الحميد، 2007، 15)، ويمكن القول أن العبء الثابت الذي يسببه هذا الداء يؤثر بدرجة كبيرة على نوعية حياة المصابين به وعلى أفراد أسرهم (NIH, 2006, 307)، لذلك لا بد من توجيه الاهتمام للأطفال المصابين بالنمط الأول، وليس فقط من أجل الاهتمام بصحتهم الجسدية لمنع تفاقم المضاعفات، بل أيضاً بصحتهم النفسية.

2- النمط الثاني: وكان قديماً يعرف باسم السكري غير المعتمد على الأنسولين (Insulin Non Dependant Diabetes Mellitus) واختصاراً (NIDDM)، وكان يسمى كذلك "سكر الكبار"

لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الأربعين، وغالباً ما يتم اكتشاف هذا النمط عن طريق الصدفة عند إجراء التحاليل الطبية الروتينية، وفي هذا النوع فإن خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells)، تقوم بإنتاج وإفراز كمية غير كافية من الأنسولين، أو هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، بسبب نقص مستقبلات الأنسولين أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسه على الوصول إليها مما يؤدي إلى ارتفاع السكر في الدم (الحميد، 2007، 17)، وغالبية حالات النمط الثاني ذات طبيعة متعددة العوامل مع حدوث تفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية، ويحدث بشكل شائع عند الأشخاص البدينين والمقاومين للأنسولين، لكن هذين العاملين غير كافيين لوحدهما لإحداث الداء السكري إلا إذا ترافقا مع اعتلال وظيفة الخلية بيتا (ديفيدسون، 2009، 35،36).

3- سكري الحمل Gestational Diabetes: حالة مرضية تصيب نسبة عالية من الحوامل تصل إلى نصف في المائة، وغالباً ما يحدث في النصف الثاني لمدة الحمل، حيث ينقص التحسس للأنسولين أثناء الحمل الطبيعي بسبب تأثير هرمونات المشيمة وبشكل خاص عند النساء المؤهبات وراثياً للإصابة بالداء السكري، وتكمن خطورة الحالة في تأثيراتها على الجنين، و80% من النساء المصابات بالسكري الحملي يحدث في النهاية لديهن داء سكري سريري دائم يحتاج للمعالجة خلال السنوات الخمس التالية (ديفيدسون، 2009، 38).

وهناك أنماط أخرى لهذا الداء مثل داء السكري الثانوي، أو داء السكري الناتج عن الإصابة بأمراض معينة، أو العلاج ببعض الأدوية، وفي دراستنا قمنا بالاقتصار بالحديث عن داء السكري (النمط الأول) والاستفاضة بشرحه من أجل تكوين فكرة واضحة عن هذا النمط، حيث تتوجه الدراسة بقسمها العملي، في تناول المصابين بهذا النمط من داء السكري دون بقية الأنماط.

4-2-3- انتشار داء السكري:

لوحظ في جميع الدراسات حول العالم، حدوث زيادة مضطردة وسريعة جداً في نسب الإصابة بداء السكري، وطبقاً للإحصائيات تتفاوت نسب الإصابة بداء السكري في الشعوب والدول المختلفة، لكن بشكل عام تبلغ النسبة العالمية لانتشار داء السكري حوالي (6%)، ضمن الإحصائيات (2002-2003) وهي نسبة عالية مقارنة بما كانت عليه قبل عقدين من الزمان (الزهراني،2006، 14).

وعند الرجوع إلى الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، تم تقدير نسبة انتشار داء السكري على مستوى العالم لعام(2000) بحوالي (171,000,000)، ويتوقع أن تبلغ النسبة لعام (2030) بحوالي (366,000,000)، أي ستتضاعف نسبة الإصابة بهذا الداء.

www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index.html download in 5.2.2011

وتبلغ نسبة انتشار داء السكري في المجتمع السوري لعام (2000)، وذلك وفق إحصائيات منظمة الصحة العالمية بحوالي (627,000)، و يتوقع أن تبلغ لعام (2030) حوالي (2,313,000)، أي زيادة بمقدار ثلاثة أضعاف.

www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html download in5.2.2011

وداء السكري هو السبب في حوالي 5% من الوفيات حول العالم، و80% من المصابين بداء السكري يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. (www.who.int/diabetes/en download in 05.02.2011) ؛ "ويصيب داء السكري من النمط الأول الأطفال من كل الأعمار، من الجنسين، ومن كل الأصول العرقية، وهو الحالة الاستقلابية الأكثر شيوعاً عند الأطفال وفي سن المراهقة (الأسمر، 2009، 27).

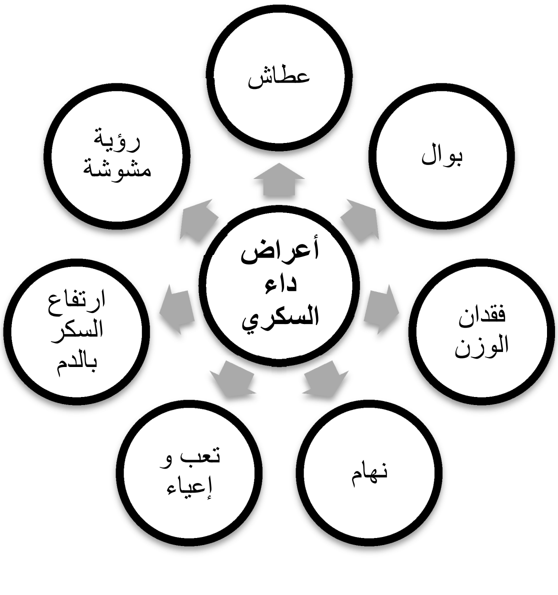
ويعتبر النمط الأول أقل انتشاراً بالمقارنة مع النمط الثاني، حيث تبلغ نسبة انتشاره (10%)، بينما النمط الثاني تبلغ نسبة انتشاره (90%)، ولقد تزايد النمط الأول بحوالي (3-4%) في السنة لدى المراهقين وهذه النسبة أكثر لدى الأطفال دون عمر (5) سنوات، وهذا ما جعل داء السكري من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً في مرحلة الطفولة (Kaufman, 2008, 6). وقدر عدد المصابين بداء السكري (المعتمد على الأنسولين) بما يزيد عن (6) ملايين مصاباً في أجزاء كثيرة من العالم، والتوقعات توضح أن عدد المصابين بالسكري يتجاوز ما يزيد على مائتين وثلاثين مليون شخصاً في عام 2010 م (Bacchus, 2011, 17).

4-3- أعراض داء السكري (النمط الأول):

إن الأعراض المتعارف عليها طبياً لداء السكري هي زيادة التبول (Polyuria) وزيادة العطش (Polydipsia)، وبالتالي زيادة تناول السوائل وزيادة الشهية لتناول الطعام (Polyphagia)، ويمكن أن

تتطور هذه الأعراض (خلال أسابيع أو شهور) في النمط الأول، خصوصاً إذا كان المريض طفلاً. (ar.wikipedia.org/wiki download in 05.03.2011)، وهنالك أيضاً أعراض أخرى هي فقدان الوزن، تعب وإعياء، مستويات عالية من السكر في الدم، رؤية مشوشة، التهاب في المهبل لدى الفتيات اللواتي لم يصلن لسن البلوغ بعد، التبول اللاإرادي الفجائي ليلاً، وأكثر الأعراض الحادة لدى المصابين بالنمط الأول هو الحماض الكيتوني (Ketoacidosis)، وهذا يحدث نتيجة استخدام الجسم للدهون كمصدر للطاقة بدلاً من الكربوهيدرات (السكريات)، وهذا العرض يتطور عندما لا تتم ملاحظة الأعراض السابقة (Greenberg ,2009, 86-87).

المصابون بالنمط الأول من داء السكري تتطور أعراضهم في فترة قصيرة، ويتم تشخيص المرض عادة في غرف الطوارئ (Schaffer, 2007)، وهذه الأعراض والعلامات تبدو مفقودة لدى الأطفال الصغار والرضع، حيث يبدو الطفل مريضاً الطفل مع ظهور تجفاف (dehydration) وحماض (acidosis) و/ أو ظهور طفح على الجلد (Kaufman,2008,5) ، وهذه الأعراض قد تزعج الكثير من الأطفال والمراهقين، وتترك تأثيرها على نوعية حياتهم، ولكن بتوفر الضبط الجيد لداء السكري، يستطيع الطفل أو المراهق أن يسيطر على هذه الأعراض، ولعل أخطر الأعراض هو حدوث الحماض الكيتوني، وفي معظم الأحيان يتم تشخيص الإصابة من خلال حدوثه حيث يتم إسعاف الطفل للمستشفى، ليتلقى المساعدة الطبية.



شكل رقم (2) أعراض داء السكري

4-4- تشخيص داء السكري (النمط الأول):

يتم تشخيص داء السكري تبعاً للمعايير التي اعتمدتها الجمعية الأمريكية لمرض السكري (ADA) (American Diabetes Association) (الزهراني،13،2006)، أو المعايير المحددة في تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 1999) (World Health Organization) (NICE, 2004,10)

والمعايير التي يتم فيها تشخيص داء السكري لدى الأطفال والمراهقين تعتمد على:

* قياس مستوى جلوكوز الدم.

* وجود أو غياب أعراض السكري.

(Australasian Paediatric Endocrine Group, 2005, 31)

وسيتم الإشارة إلى أهم الأساليب المتبعة لتشخيص هذا الداء وذلك في ضوء معايير (ADA) و(WHO):

4-4-1- اختبار سكر الدم الصائم: وفيه يتم فحص سكر الدم بعد الصوم عن الطعام لمدة ثماني ساعات على الأقل، وذلك في يومين مختلفين، فإذا كان مستوى سكر الدم (126) ملغ /دل أو أكثر في كلا المرتين، فيتم تشخيص الإصابة بداء السكري.

4-4-2- اختبار تحمل الجلوكوز الفموي: من أجل هذا الفحص يتم الصوم لمدة ثماني ساعات على الأقل، ثم يقوم الطبيب بإعطاء محلول سكري، ثم القيام بفحص سكر الدم كل ساعة خلال الثلاث ساعات الآتية، إذا كان مستوى سكر الدم (200) ملغ /دل أو أكثر في كل مرة فيتم تشخيص داء السكري (McCulley, 2005, 26).

4-4-3- اختبار مستوى جلوكوز الدم العشوائي: يتم قياس مستوى سكر الدم بأي وقت دون اعتبار المدة الزمنية الفاصلة لآخر وجبة تم تناولها، فإذا كان مستوى سكر الدم أعلى من (200) ملغ /دل ومصحوباً بالأعراض التقليدية للسكري، يتم الشك بوجود داء السكري ولكن هذا الفحص يجب أن يترافق مع فحص سكر الدم الصائم (Watkins,1998, 1).

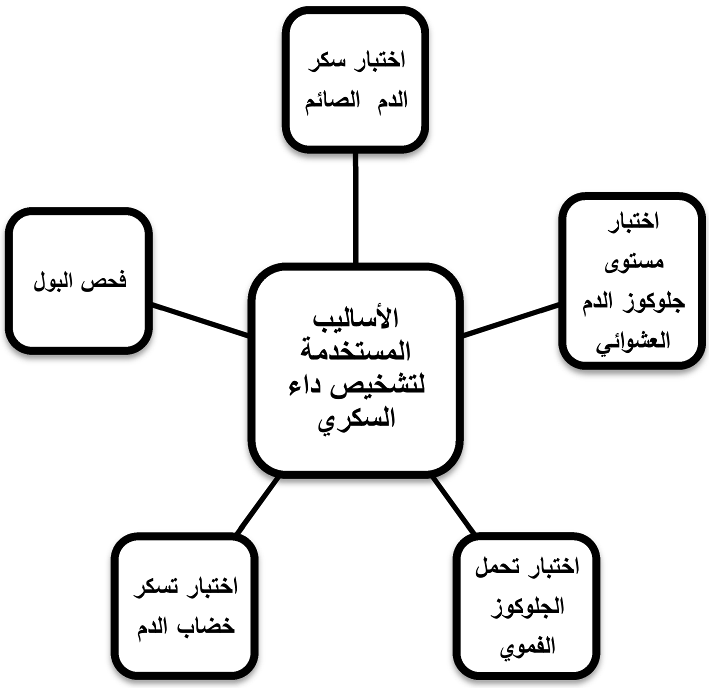
4-4-4- اختبار تسكر خضاب الدمHemoglobin A1c (HbA1c) : وهذا الفحص يتم كل (3- 6) أشهر، ويدل على معدل سكر الدم خلال (2-3) أشهر، وإذا كان أعلى من 6.4% فهذا دليل الإصابة بالسكري، وهو مفيد لمعرفة فائدة العلاج ومدى الالتزام به (Schaffer, 2007).

وتوصي الجمعية الأمريكية لداء السكري (ADA) باختبار قياس مستوى سكر الدم بعد الصيام، لأنه رخيص مادياً ويتم إجراءه بسرعة وسهل الاستخدام، ولا توصي (ADA) بإجراء اختبار فحص سكر الدم العشوائي لوحده لتشخيص السكري، والآن صار اختبار تسكر خضاب الدم معياراً تشخيصياً للإصابة بداء السكري وحالات التأهب للإصابة به (American Diabetes Association, 2010, 11).

4-4-5- فحص البول: حيث يتم فحص البول للتأكد من خلو أو وجود السكر فيه، ويتم فحص عينات وعلى فترات مختلفة، ولكن مع ذلك فإن وجود السكر في البول ليس دليلاً قاطعاً على أن الفرد مصاب بداء السكري (سليمان وعبد الحميد والبيلاوي، 2005، 25).

إن تشخيص الإصابة بداء السكري يتطلب عدداً من التغيرات الجسدية والنفسية ونمط الحياة فالمصاب عليه أن يتعلم متطلبات النظام الغذائي الجديد، بالإضافة إلى التدخلات الطبية والمراقبة اليومية لتقلبات مستويات سكر الدم قبل الطعام وبعده والجهد البدني، وهذه التغيرات تؤثر على مختلف مجالات حياة المصاب وتتطلب تغيراً في نظام حياته، وهذا قد يسبب الإنهاك ليس فقط للمصاب بداء السكري بل أيضاً لأسرته (Pettegrow, 2009, 1).

هناك طرقاً متنوعة لتشخيص داء السكري لدى الأطفال والمراهقين، وأكثرها شيوعاً واستخداماً هو اختبار سكر الدم بعد الصيام، ويمكن القيام بفحوصات إضافية للتأكد من التشخيص، وبالنسبة لاختبار تسكر خضاب الدم، يعتبر مهماً وذلك لمعرفة مدى الضبط الجيد لدى الطفل، في الأشهر الثلاث أو الأربع الماضية، وبالتالي تكوين فكرة عن مدى الالتزام بالعلاج، والذي يكون له دور كبير في منع تطور مضاعفات داء السكري.



شكل رقم (3) الأساليب المستخدمة لتشخيص داء السكري

4-5- العوامل في داء السكري (النمط الأول):

إن عوامل حدوث النمط الأول من السكري مازالت غير مفهومة بشكل كامل، فهناك عوامل متعددة يمكن أن تؤدي إلى حدوثه، ومن أهم هذه العوامل:

4-5-1- عامل المناعة: يعتبر النمط الأول من داء السكري أحد الأمراض المناعية، حيث يقوم الجهاز المناعي بإنتاج مادة كيماوية مناعية تسمى (Cytokines)، وتركيبة هذه المادة تكون محددة لمهاجمة تركيبة أو جسم محدد فقط، ولكن لسبب غير معروف لا تستطيع التعرف على خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells)، ومن ثم تقوم بمهاجمتها بشكل تدريجي ومتسارع، وقد تستغرق هذه العملية إلى حين ظهور الأعراض المرضية أشهر أو سنوات بدون إحساس من الشخص، وحتى تظهر الأعراض فإن 80-90 % من خلايا البنكرياس يكون قد تم تدميرها نهائياً (الحميد، 2007، 15)، والبعض يفسر هذه الاستجابة المناعية نتيجة للإصابة بالتهابات فيروسية، حيث يهاجم الجهاز المناعي هذه الفيروسات ويوجه هجومه أيضاً ضد خلايا بيتا في البنكرياس، فهذه الاستجابة قد تكون نتيجة للإصابة بالعدوى مثل

عائلة فيروس كوكساكي أو فيروس الحصبة الألمانية، وبالرغم من أن الأدلة غير حاسمة ولكن بالنتيجة فإن خلايا بيتا في جزر لنغرهنس في البنكرياس تم تدميرها أو تحطيمها بشكل كافي بحيث لا يتم إنتاج الأنسولين.

http://en.wikipehttp://en.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus_type_1 downloa in 05.03.2011

وقد وجد الباحثون وبحسب دراسة (Sepa A et al., 2005) أن الرضع الذين اختبروا التوتر (مثلاً الخلافات بين الوالدين حول رعاية الرضيع) في حياتهم، لديهم فرصة أكبر للإصابة بالسكري المناعي.

4-5-2- العوامل الوراثية: كما ذُكر سابقاً بأنه يُعتقد بأن النمط الأول من داء السكري يحفزه نوع ما من الإنتان(فيروسية بالأساس)، أو أنواع أخرى من المحفزات على نطاق ضيق مثل الضغط النفسي أو الإجهاد والتعرض للمؤثرات البيئية المحيطة (مثل التعرض لبعض المواد الكيمائية أو الأدوية)، وتلعب بعض العناصر الجينية دوراً في استجابة الفرد لهذه المحفزات، وقد تم تتبع هذه العناصر الجينية فوجد أنها أنواع جينات متعلقة بتوجيه كريات الدم البيضاء لأي أجسام مضادة موجودة في الجسم (أي إنها جينات يعتمد عليها الجهاز المناعي لتحديد خلايا الجسم التي لا يجب مهاجمتها من الأجسام التي يجب مهاجمتها)، وعلى الرغم من ذلك فإنه حتى بالنسبة لأولئك الذين ورثوا هذه القابلية للإصابة بالمرض يجب التعرض لمحفز من البيئة المحيطة للإصابة بالمرض(وفائي، 2005، 34).

وبحسب دراسة (Hyttinen et al.,2005) في فنلندا، والتي شملت (228) توائم مصابين بالنمط الأول من داء السكري، (44) من بويضة واحدة متماثل و(183) غير متماثلين، وجد الباحثون أن (88%) من الحالات تعود لعوامل وراثية والبقية تعود لعوامل بيئية (Hyttinen et al., 2005, 27) فإذا أصيب أحد التوائم المتماثلة بالنمط الأول من داء السكري، فإن التوأم الآخر لديه فرصة للإصابة تتراوح بين (30-50 %) للإصابة بالسكري ولكن ليس (100%).

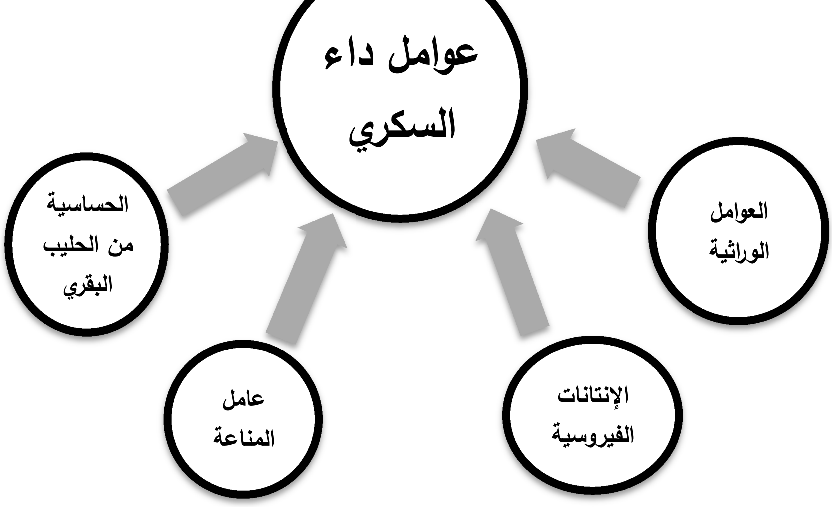
(Meyerhoff and McDermott, 2009)

4-5-3- الإنتانات الفيروسية: يمكن أن تكون أحد الأسباب المهمة لحدوث النمط الأول من داء السكري، وخصوصاً لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، وتعمل تلك الفيروسات كعوامل مثيرة أو مساعدة، فعند حدوث الإنتان الفيروسي يقوم الجهاز المناعي بالتعرف عليها كجسم غريب، فيقوم بتكوين

الأجسام المضادة المناسبة للقضاء عليها، ولكن لسبب غير معروف فإن تركيبة هذا الفيروس من البروتينات تشبه تركيبة خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells) ولكن الجهاز المناعي لا يتعرف على الفرق بينهما، فيقوم بمهاجمة الفيروس كما يقوم في الوقت نفسه بمهاجمة خلايا البنكرياس، وحتى عند انتهاء الإنتان الفيروسي فإن الجهاز المناعي يستمر في إنتاج المضادات، ومن ثم يستمر تدمير خلايا البنكرياس حتى يتم القضاء عليها تماماً، وهناك عدة فيروسات متورطة منها النكاف وفيروس كوكساكي والحصبة الألمانية (ديفيدسون، 2009، 33).

4-5-4- الحساسية من الحليب البقري: أظهرت أحدى الدراسات أن الأطفال الذين تم تغذيتهم عن طريق شرب حليب البقرة، خلال الثمانية أيام الأولى من الولادة، كانوا أكثر عرضة للإصابة بالنمط الأول من داء السكري، بما يعادل مرة ونصف مقارنة بأولئك الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية من حليب الأم، وقد يكون السبب في ذلك احتواء حليب الأم لمكونات قد تساعد في تنظيم الجهاز المناعي، وبالتالي تمنع الإصابة بالسكري عند أولئك الأطفال، وحيث أن معدة الأطفال الرضع لا تستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة، فإن البروتينات الكبيرة غير المهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم، ويعتبر الجسم مثل هذه البروتينات ومنها"بروتين مصل حليب البقر BSA"، مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها، وقد يحصل خطأ في التعرف على خلايا بيتا، فتقوم تلك الأجسام المضادة بمهاجمتها لأنها تشبه بروتين BSA وتدمرها، وعلى العموم هناك دراسات تعمل للتحقق من وجود علاقة حقيقة بين حليب الأبقار وداء السكري من النمط الأول(الحميد، 2007، 17).

تم شرح أهم العوامل للإصابة بالنمط الأول من داء السكري، ويبدو أن هذه العوامل مرتبطة مع بعضها بعضاً، فمثلاً وجود استعداد وراثي لدى الطفل وإصابته بإحدى الالتهاب الفيروسية، يساهم بإصابته بداء السكري، ووجود خلل بالجهاز المناعي مترافق بمرض الطفل، يساهم أيضاً بإصابته بداء السكري، وقد تكون هناك عوامل أخرى ولكن ما ذكر سابقاً هو من أكثر العوامل المعروفة، والتي درست في مساهمتها بالإصابة بداء السكري لدى الأطفال.



شكل رقم (4) العوامل في داء السكري

4-6- الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري:

"تبنى بعض الباحثين مدخل المراحل النفسية (Psychological Stages Approach)، التي تلي حدوث الإصابة أو الإعاقة، وتبدأ هذه المراحل بالصدمة، ثم توقعات الشفاء فالحزن الشديد، واستخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية والتي تتراوح بين النوع الصحي مثل التبرير المنطقي للإصابة أو النوع العصابي كالإنكار والكبت والنكوص)، ثم التوافق مع الإعاقة أو الإصابة" (علاء الدين وكفافي، 2006 ب، 103)، فبشكل عام فإن الاستجابة النفسية التي قد تترافق عند حدوث إصابة بمرض مزمن مثل داء السكري، تبدأ بشعور الفرد بالصدمة، فالإنكار، الغضب، ثم الاكتئاب، وتنتهي بالتوافق مع المرض وتختلف هذه المراحل بترتيبها ومدتها من شخص لآخر، أو بمرور الشخص بجميعها، وإن كنا نريد الحديث عن الاستجابة النفسية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري، السلوكيات والتصرفات التي يبدونها في المواقف المختلفة، والتي تكون مميزة بهذا الداء.

هناك اختلاف في ردود الفعل النفسية من طفل لآخر عند الإصابة بداء السكري، حيث نجد أن الرفض والإنكار هو رد الفعل الشائع، وهناك أيضاً التمرد على العلاج وخاصة إذا كان المحيطون به ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على حياته، وقد ينشأ الخوف من المرض وآثاره، وأخيراً هناك الشعور بالذنب، نتيجة شعور الطفل بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت بالماضي.

– وقد يتعمد الطفل المصاب إعطاء نفسه جرعة كبيرة من الأنسولين، أو يتعمد عدم أخذ حقن أنسولين في مواعيدها أو الإسراف في تناول أطعمة حتى تؤدي إلى غيبوبة نقص السكر واضطرار أهله لنقله إلى المستشفى، وبذلك يهرب من محيط العائلة، كل هذا يحدث نتيجة الإحباط المحيط به وشعوره أنه منبوذ من المجتمع أو عالة على والديه.

– وإن القيود الخاصة بنظام التغذية قد تصبح مجالاً من مجالات الصراع بين الابن والوالدين.

– ويمكن أن يتولد الشعور بالقلق نتيجة الفحوص والتحاليل مثل فحص البول والدم، فيمكن أن تظهر بعض السلوكيات الشاذة عند الأطفال مثل التبول الليلي نتيجة شعورهم بالعطش نهاراً، وتناولهم كميات كبيرة من الطعام، ويترتب على هذه المظاهر السابقة عدم الاستجابة لإرشادات الطبيب سواء من ناحية التغذية أو حقن الأنسولين، وعدم الاعتماد على النفس في مراقبة المرض سواء من ناحية تحليل البول اليومي أو الدم (بطرس،2008، 445،446).

ويمكن القول أن رد الفعل النفسي لدى الأطفال، يتأثر بعوامل مختلفة منها ما يتعلق بالمعلومات الصحيحة التي يتم تزويدهم بها، التوعية المتعلقة بداء السكري (كالأسباب، العلاج، المضاعفات) والمتناسبة مع مرحلتهم العمرية، وجود مصادر دعم متنوعة من الوالدين والأسرة الممتدة، بالإضافة إلى وجود مراكز صحية متخصصة توفر ليس فقط المساعدة الطبية وأيضاً النفسية.

4-7- مضاعفات داء السكري (النمط الأول):

يمكن للنسبة العالية للسكر في الدم، ولمدة طويلة، أن تسبب مضاعفات السكري، فهذه النسبة يمكن أن تلحق أضراراً لأجزاء كثيرة من الجسم مثل القلب، الأوعية الدموية، العينين والكلى(NIDDK, 2008, 1) وسيتم الإشارة إلى المضاعفات المرتبطة بالنمط الأول من داء السكري (وبشكل خاص المضاعفات الحادة باعتبار أن البحث قد تناول هذا المتغير)، وهناك نوعان من المضاعفات الحادة (والتي تحدث نتيجة ارتفاع السكر لفترة وجيزة من الزمن أو هبوطه المفاجئ دون 60 ملغ / دل)، والمضاعفات المزمنة (والتي تحتاج إلى سنوات عديدة تتراوح ما بين 5 إلى 20 عاماً من سوء انتظام السكر في الدم)، وقد تم شرح المضاعفات الحادة ضمن الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2) المضاعفات الحادة لداء السكري

المضاعفات الحادة (قصيرة الأمد)
1- حالات انخفاض مستوى السكر في الدم Hypoglycemia: تكون نسبة سكر الدم أقل من 60 ملغ/100ملل من بلازما الدم، وينتج عن قلة الأكل أو الحركة الزائدة للطفل مع عدم زيادة الوجبات وغيرها من الأسباب (الأغا، 2005، 42)، وتشمل الأعراض: الشعور بالجوع، دوخة، عرق كثير، عدم التركيز والتجاوب، الشعور بالتعب، رجفة، قلق وتوتر وبكاء، تصرفات غريبة، صداع، تشنجات، إغماء (Kaufman ,2008,1) ، ويتضمن العلاج تناول قطعتين من السكر أو نصف كوب من عصير الفواكه أو ملعقتين من العسل (الأغا، 2005، 42).
2- حالات ارتفاع مستوى السكر في الدم Hyperglycemia : تكون نسبة سكر الدم أكثر من 250 ملجم / 100 مل من بلازما الدم، وذلك نتيجة عدم أخذ جرعة الأنسولين أو تقليلها، الإفراط في الأكل وغيرها من الأسباب، وبالتالي يعتمد الجسم على مخزونه من الدهون، وبالتالي يؤدي إلى تكون أحماض كيتونية في الدم مما يؤدي إلى حدوث حموضة في الدم.(الأغا، 2005، 45)، وتشمل الأعراض عطش متكرر، وتبول متكرر، تعب، جوع متكرر، رؤية مشوشة، جفاف الفم، جفاف الجلد وحكة، وإذا ارتفعت نسبة السكر في الدم يمكن أن تحدث غيبوبة (McCulley,2005, 40)، وإذا ارتفع سكر الدم بشكل مؤقت لا يتطلب معالجة إسعافية، لكن إذا ارتفع بشكل متكرر فوق 240 فهذا يتطلب فحص الدم والبول، للتأكد من وجود الكيتون من عدمه، وهنا لا بد من شرب السوائل الغير محتوية على سكر بكميات كبيرة، كونها تقلل من نسبة حدوث حموضة الدم، بالإضافة إلى مراجعة الطبيب المعالج من أجل زيادة نسبة الأنسولين وإجراء تحليل للسكر والكيتون (Hanas,2007, 28).
3- حالات الحماض السكري الكيتوني Ketoacidosis: تحدث هذه الحالة عادة في النمط الأول من السكري، وذلك عندما لا يتوافر أنسولين كاف بالجسم، مترافق مع ارتفاع في مستوى السكر في الدم عادة فوق (260 ملغ / دل)، وبالتالي لا يتوافر مصدر للطاقة، لذلك فإن الجسم يحرق الدهن وينتج عنه مادة الكيتون والتي تزيد من حموضة الدم (McCulley,2005, 43)، وتشمل أعراضه: غثيان، قيء، اضطراب في التنفس، آلام حادة في البطن، وكذلك قد تحدث غيبوبة مع وجود ارتشاح مائي بالمخ في الحالات المتقدمة، إن الجفاف مع ارتفاع نسبة السكر في الدم هما من أكبر العوامل المؤدية إلى حدوث الحماض السكري الكيتوني، وعلاجه يستدعي الذهاب إلى المستشفى في الحال (الأغا، 2005، 53).

إن كثرة تكرار حدوث المضاعفات الحادة، من ارتفاع وانخفاض سكر الدم، وحالات الحماض الكيتوني يمكن أن تساهم في التطور السريع للمضاعفات المزمنة من اعتلالات الشبكية، والكلى

والأعصاب.....الخ، لذلك فإن قيام الطفل والمراهق بالضبط الجيد لسكر الدم لديه، يمنع من حدوث كلا النوعين من المضاعفات لديه أو تأخر المضاعفات المزمنة على الأقل، وبالتالي يمكن أن يكون لهذا دور في تحسين نوعية حياته، بالإضافة إلى تحسن حالته النفسية، وقمنا بشرح مختصر للمضاعفات المزمنة ضمن الجدول (3)

الجدول (3) المضاعفات المزمنة لداء السكري

المضاعفات المزمنة (طويلة الأمد)
1- اعتلالات الكلىNephropathy: تقوم الكلى عادة بتصفية الفضلات من الدم، ولكن عندما تضرر الكلى تبقى الفضلات في الدم وتخرج البروتينات عن طريق البول، وهذا يؤدي إلى الفشل الكلوي وغسيل الكلى.
2- اعتلالات شبكية العين Retinopathy: وتتضمن الرؤية المشوشة، البقع، خسارة البصر وكل هذا يقود إلى العمى، وقد يؤدي السكري إلى أمراض أخرى مثل الساد أو الزّرق.
3- اعتلالات الأعصاب Neuropathy: وتتضمن فقدان الإحساس والشعور بالوخز و الألم في القدمين، وهذا قد يؤدي إلى تقرحات أو الغنغرينا أو بتر القدم، بالإضافة إلى بعض المشكلات في المعدة والمثانة والأمعاء و التنفس.

بالإضافة إلى أمراض القلب والشرايين، زيادة الوزن، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول، الالتهابات والإعياء وغيرها من الأمراض الأخرى (McCulley, 2005, 44-45).

4-8- علاج داء السكري (النمط الأول):

عند تشخيص داء السكري لدى الأطفال، فإن مسيرة العلاج تبدأ، بما فيها من صعوبات ومعوقات ويتعلق التكيف والتقبل للعلاج، بالمعلومات الصحيحة التي يتم تقديمها عن هذا الداء، بالإضافة إلى الأساليب التي يتم تبنيها من قبل كل من الأهل والطفل للتوافق مع الإصابة، مساندة الأهل لطفلهم ودعمهم له، وكذلك إلى التواصل الجيد مع الكادر الطبي، وهذا يؤثر على تعاون الطفل وأهله، وعلى التزامهم بالعلاج ورضاهم عنه، عوضاً عن ذكر الأفكار والمعلومات السابقة التي قد تكون موجودة لدى الطفل وأهله، فهي تؤثر على مسار العلاج و التكيف مع المرض.

وتنبع أهمية علاج داء السكري بشكل عام من الآثار الخطيرة والعبء الذي ينجم عن الإصابة بها وتتلخص بالنقاط الثلاثة التي أشارت إليها منظمة الصحة العالمية وهي: أن له آثار كبرى تضر بنوعية حياة الأفراد المصابين، يؤدي إلى الوفاة المبكرة، يؤدي إلى آثار اقتصادية سلبية هائلة بشكل عام.

(http://www.who.int/chp/chronic_disease download in 02.07.2011)

4-8-1- أهداف علاج داء السكري (النمط الأول):

- الوصول إلى تكيف نفسي مع المرض.

- الوصول إلى سيطرة جيدة على مستوى السكر في الدم.

- نمو وتطور طبيعي.

- وجود خطة فردية تدمج احتياجات الطفل أو المراهق مع احتياجات الأسرة.

(Chiarelli et al., 2005, 130)

4-8-2- أساليب علاج داء السكري (النمط الأول): هناك أساليب متعددة لعلاج داء السكري أو بعبارة أدق أساليب تساعد على تدبير داء السكري بشكل جيد، وبالتالي التكيف مع الإصابة، تجنب المضاعفات، والمحافظة على نوعية حياة جيدة، ومن هذه الأساليب نذكر:

1- ضبط مستوى الجلوكوز بالدم.

2- العلاج بالأنسولين.

3- مضخة الأنسولين.

4- طرق علاجية حديثة لداء السكري (النمط الأول) منها: بخاخ الأنسولين الرئوي وزراعة خلايا البنكرياس (بيتا) في الكبد (Meyerhoff Rnm 2009, 2) (Ross et al., 2005, 97) (Heise et al., 2005,10).

إن متطلبات العلاج من حيث الانضباط المستمر في إطار التعاون العلاجي (قياس متكرر لسكر الدم، حقن الأنسولين)، تحمل الإجراءات المؤلمة والمتكررة، مثل الحقن اليومية أو السحب اليومي للدم تعديل سلوك التغذية والحفاظ على قواعد الحمية، والمراقبة الدائمة للحالة الجسدية الذاتية (مثل نقص سكر الدم)، والذي قد يترك تأثيره على الحالة النفسية والمزاجية للطفل، بالإضافة إلى مجالات نوعية حياته، وهنا كان لابد من الاهتمام بمدى تكيف الطفل مع العلاج المتبع، واتجاهاته نحوه، ومساعدته على الالتزام به.

إن تشخيص الإصابة بداء السكري يعتبر مصدر ضغط، فهو يتطلب تغييرات نفسية وجسمية فالشخص عليه أن يتعلم نظام جديد، وربما معقد من الحمية وطرق التغذية بالإضافة إلى التدخلات الطبية، هذه التغييرات على جوانب مختلفة من حياة الفرد، وقد تتطلب الكثير من التغييرات الحياتية للفرد نفسه وعائلته أيضاً.

وتعتبر أداة التشخيص الأساسية وجود الحوار بين الطبيب – الطفل، كجزء من فحص الاضطرابات الاكتئابية، وبالتالي لابد من التحقق من وجود أعراض الاكتئاب، بالإضافة إلى البحث عن وجود نوايا وميل للانتحار، فمثلاً وجود نوبات حادة من الحماض الكيتوني أو نوبات انخفاض سكر الدم، يمكن أن تكون محاولة للانتحار مترافقة مع الاضطراب الاكتئاب، وهنا قد يستعين الأخصائيون بالمقاييس التي تقيس الأعراض الاكتئابية (Albus, 2005, 5)، وقد تم الحديث في الفقرات التالية عن اضطراب الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بداء السكري لإلقاء مزيد من الضوء على هذا الموضوع.

4-9- الاكتئاب وداء السكري:

لا يعتبر اضطراب الاكتئاب بشكل عام من مضاعفات داء السكري، لكنه مع ذلك واحد من أشيع وأخطر المضاعفات، ومعدل الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري أعلى بالمقارنة مع غير المصابين بداء السكري (Lustman et al.,1997, 241)، وعند إصابة الطفل أو المراهق بداء السكري، يتجه الأهل بشكل خاص إلى التعرف إلى هذا الداء ونظام علاجه، ويقوم الأخصائيون بتوفير كافة المعلومات اللازمة وما يجب القيام به من أجل تدبيره بشكل جيد، وبالتالي من أجل المحافظة على مستوى جيد لسكر الدم، والذي يمنع حدوث المضاعفات التي تترافق مع داء السكري، وبالتالي يوفر حياة أقرب

للأشخاص العاديين، ولكن من المهم بمكان أن يكون هناك فحص نفسي متكرر لهؤلاء الأطفال في مراحل مختلفة من حياتهم، وأن يتم مقابلة الأهل فيما إذا كان هناك مشكلات نفسية عند أطفالهم، فقد يعاني بعض منهم من اضطراب الاكتئاب والذي قد يترك تأثيره على تدبير إصابتهم بداء السكري، لذلك قامت الباحثة بتسليط الضوء على اضطراب الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بداء السكري، وهذا ما سيتم شرحه بشكل أكبر ضمن الفقرات التالية:

4-9-1- الاكتئاب عند الأطفال المصابين بداء السكري:

يؤثر داء السكري بشكل هام على حياة المصابين به، حيث يسبب ردود فعل انفعالية يمكن أن تؤثر على العلاج والصحة بشكل عام، حيث ارتبط داء السكري مع الإصابة باضطرابات المزاج مثل الاكتئاب، وقد أظهرت عدة دراسات زيادة في انتشار الاضطرابات النفسية لدى المراهقين المصابين بداء السكري وبخاصة القلق والاكتئاب (Dantzer, 2003, 787).

وهناك أدلة متزايدة تؤكد زيادة الخطر للإصابة بالاضطرابات الاكتئابية لدى المصابين بداء السكري بالإضافة إلى ذلك فإن المصابين بداء السكري والاكتئاب معرضون لضعف في السيطرة على سكر الدم وخطر أكبر للإصابة للمضاعفات الوعائية بالمقارنة مع المصابين بداء السكري لكن دون الإصابة باضطرابات نفسية، وبشكل عام يمكن الافتراض أن المصابين بداء السكري يختبرون أعراض اكتئابية أكثر بسبب الضغوط النفسية والانفعالية نتيجة الإصابة بداء السكري الذي يعتبر داء خطر ويتطلب معالجة مركزة، وأظهرت النتائج أن بعض الاضطرابات الاكتئابية لدى المصابين بداء السكري يمكن أن تكون ناتجة عن التغييرات في تركيبة ووظيفة الدماغ (Jacobson, 2006)، وكذلك أظهرت عدة دراسات ارتباط الاضطرابات النفسية ومن ضمنها الاكتئاب وبين عدم التمسك بالحمية الغذائية، التمرينات الرياضية، ضبط سكر الدم، والعلاج الطبي لدى المصابين بالنمط الأول من داء السكري (Elizabeth, 2004) (Ciechanowski, 2003) (Daviss, 1995).

وتتأثر الحالة النفسية عند الطفل المصاب بداء السكري (النمط الأول) بمرضه، حيث ينتج عن ذلك ردود فعل مختلفة تتعلق بالعوامل الخاصة بكل طفل ، فمنهم من يتكيف مع إصابته وينتقل بسلاسة إلى نمط الحياة الجديدة، ومنهم من يجد صعوبة في التأقلم وبالتالي قد يصاب ببعض الاضطرابات النفسية

(كالاكتئاب)؛ وهكذا فإن الحالة النفسية للطفل قد تؤثر في صحته الجسدية، وبالتالي يمكن أن تلعب في تفاقم حالته المرضية أو في تحسينها.

وأظهرت دراسة (Rewers, 2002,2511) أن هناك ارتباط قوي بين الاضطرابات النفسية (الاكتئاب، القلق، اضطرابات الهلع واضطراب ثنائي القطب) وبين نوبات الحماض الكيتوني لدى المراهقين.

"وتبين أن نسبة (80%) من حالات الانتحار تسود لديهم أعراض اكتئابية" (الشربيني، 2001، 183) ومن السلوكيات التي تعتبر عدواناً نحو الذات لدى الأطفال والمراهقين المكتئبين المصابين بداء السكري الامتناع عن أخذ دواء الأنسولين، وهذا الدواء من المهم أخذه بجرعات محددة وعدد مرات في اليوم لتجنب نوبات ارتفاع سكر الدم، التي قد ترتبط بتطور المضاعفات بالإضافة إلى نوبات الحماض الكيتوني.

وتبين في أحد الدراسات ارتباط الأفكار الانتحارية لدى المراهقين المصابين بداء السكري بوجود أعراض اكتئابية حادة، وهذه الأفكار ارتبطت بعدم التزام لاحق بالنظام العلاجي والطبي (Goldston, 1994, 240)، لذلك فإن علاج الاكتئاب يساعد في تدبير كل من أعراض الاكتئاب والسكري معاً وهذا يساهم في تحسين نوعية الحياة لدى المصاب به.

(Kirkman and Hickmott, 2006, 7)

إن المصابين بداء السكري يعانون من خطر مضاعف للإصابة بالاكتئاب، بالمقارنة مع الذين لا يعانون من داء السكري، والمصابين بكل من داء السكري والاكتئاب لديهم ضعف في ضبط سكر الدم وفي الامتثال للتوصيات الطبية ونظام الحمية، بالإضافة إلى ضعف في نوعية الحياة.

2-9-4- انتشار الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري:

ينتشر الاكتئاب بنسبة ثلاثة أضعاف عند المصابين بداء السكري مقارنة مع الأشخاص العاديين، ومع ذلك لا يتم تشخيصه بشكل كاف، وكذلك لا يتم علاجه بشكل كاف أيضاً (Clark, 2006, 69)، وقد وجدت بعض الدراسات أن الاكتئاب يؤثر في نصف الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري النمط

الأول، والذين لديهم ضعف في ضبط سكر الدم (NDST, 2006, 1)، وتبين في دراسة (Grey et al., 2002) أن الأطفال المصابين بداء السكري، ينتشر الاكتئاب لديهم بنسبة ضعفين والمراهقين ثلاثة أضعاف بالمقارنة مع الأطفال والمراهقين غير المصابين بداء السكري.

4-9-3- أهمية علاج الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري:

نعلم أن الشخص المصاب بالاكتئاب قد لا تكون لديه الطاقة أو الدافعية للمحافظة على تدبير جيد لداء السكري، فالمراهق المكتئب والمصاب بداء السكري قد يكون لديه ميل للانتحار، وبالتالي قد يكون هناك خطر لاستخدام الأنسولين بطريقة سيئة أو خطرة، علاوة على ذلك هناك اقتراحات أن الضغط الناتج عن الاكتئاب لوحده قد يسبب نوبات ارتفاع سكر الدم، لذلك علاج الاكتئاب يقود لمآل طبي أفضل لداء السكري بالإضافة إلى نوعية حياة أفضل (Watkins, 2004, 329).

وقد بينت الدراسات أن الاكتئاب يساهم في زيادة مضاعفات السكري، من خلال عدم إخبار الطبيب عن الأعراض المرضية للسكري، وعدم الالتزام بالخطة العلاجية، وضعف السيطرة على مستوى السكر بالدم، وزيادة مخاطر تلف أعضاء الجسم المختلفة، وعلاج الاكتئاب فعال وله آثار إيجابية على المزاج وعلى ضبط السكر وعلى نوعية الحياة، وربما كانت زيادة الأعباء المالية المرتبطة بعلاج السكري ومضاعفاته، ترتبط بآثار الاكتئاب على السكري، وبالتالي فإن علاج الاكتئاب سيؤدي إلى خفض هذه الأعباء المالية (Clark, 2006, 69).

وقد تبين أن الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري له تأثير سلبي على مآل المرض، التكاليف الصحية ونوعية الحياة (Hermanns, 2005, 2)، بالإضافة إلى أن العلاج الفعال للاكتئاب يمكن أن يحسن من القدرة الذاتية على تدبير داء السكري، ونوعية الحياة ولكن بالمقابل فإن وجود الاكتئاب يمكن أن يساهم في ضعف السيطرة على سكر الدم (Indian Health Diabetes Best Practices, 2006, 2) وهناك أدلة تشير إلى أن العلاج النفسي له تأثير كبير في التدبير الذاتي لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري وذلك بتحسين السيطرة على مستويات سكر الدم، والتزود بطريق فعالة في الإدارة الذاتية ونوعية الحياة (NDST, 2006, 4)، لذلك فإن علاج الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري، قد يساعد الأشخاص على التحكم في كلا المرضين، مما يحسن من نوعية الحياة، لذلك يجب أن توضع خطة لعلاج الاكتئاب المترافق مع داء السكري ضمن خطة معالجة داء السكري.

الفصل الخامس:

5. نوعية الحياة

توطئة.

5-1- نوعية الحياة (مفهومها، تعريفها، مكوناتها).

5-2- المفاهيم المرتبطة بمصطلح نوعية الحياة.

5-3- محددات نوعية الحياة.

5-4- نوعية الحياة لدى الأطفال.

5-5- نوعية الحياة عند المصابين بداء السكري:

5-5-1 أثر داء السكري على نوعية الحياة عند الاطفال المصابين به.

5-5-2- قياس نوعية الحياة عند المصابين بداء السكري (DQOL).

5-6- نوعية الحياة والاكتئاب وعلاقتهما بعدد من المتغيرات:

5-6-1- مدة الإصابة بداء السكري.

5-6-2- العمر.

5-6-3- نمط داء السكري.

5-6-4- ضبط السكري.

5-6-5- المشكلات الأسرية.

5-6-6- مضاعفات داء السكري.

5-6-7- العلاج المستخدم لضبط داء السكري.

- توطئة

بدأ مفهوم نوعية الحياة (Quality of life) ينال اهتماماً متزايداً ضمن الأدبيات العلمية الحديثة وبخاصة الطبية منها (Polonsky, 2000, 36)، وهناك شبه إجماع عام على أن الاهتمام بنوعية حياة المرضى يجب أن يكون من ضمن الاعتبارات الهامة في كل من قرارات المعالجة، السياسات الصحية والأبحاث (Verster et al., 2008,3).

ومفهوم نوعية الحياة مفهوم مثير للجدل فيما يعنيه، وقد تم تناوله ضمن الكثير من الميادين العلمية ومن قبل الكثير من الباحثين، وأحياناً يستخدم بشكل متبادل مع مفهوم جودة الحياة (Quality of life) تحت الترجمة الانكليزية نفسها، ومن خلال هذا الفصل تم شرح هذا المفهوم من أجل تكوين فكرة واضحة عنه، وقد تم تناول نوعية الحياة لدى الأطفال، بالإضافة إلى تناوله ضمن المجالات الصحية، وخاصة المجال الذي يهتم بالمصابين بداء السكري.

5-1- نوعية الحياة (مفهومها، تعريفها، مكوناتها):

ليس هناك تأكيد مثبت حول أصل مصطلح "نوعية الحياة"، لكن يمكن القول أن عالمي الاقتصاد صاموئيل أوردواي (Samuel Ordway, 1953) وفايرفيلد اوسبورن (Fairfield Osborn, 1954) هما أول من استخدما هذا المفهوم، ليعبرا عن اهتمامهما بالأخطار البيئية نتيجة النمو الاقتصادي غير المحدود، وفي بداية الستينات بدأ علماء الاجتماع بالاهتمام بمفهوم نوعية الحياة، وبخاصة العلاقة بين المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية من جهة والتقييم الشخصي لهذه الظروف من جهة أخرى، ومنذ أوائل السبعينيات أصبح مفهوم نوعية الحياة واسع الانتشار؛ وكثير من الدراسات قد تناولت هذا المفهوم في مختلف مجالات الطب، من ضمنها الدراسات حول داء السكري، في السنوات الأخيرة تمت ملاحظة أهمية نوعية الحياة في المعالجة الطبية وأصبحت جانب ذو خصوصية في مجال رعاية داء السكري (Snoek, 2000, 24).

ويعد مصطلح نوعية الحياة من المصطلحات الحديثة في مجال علم النفس، والذي يمثل بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الإيجابي، والذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس إلا في سنة 1998م

عندما تناوله مارتين سيلجمان في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس (أبو حلاوة، 2010، 19).

5-1-1- مفهوم نوعية الحياة:

هناك جدل بين الباحثين على مختلف تخصصاتهم ومجالاتهم العلمية حول مفهوم نوعية الحياة، على الرغم من الانتشار الواسع له. فهو مفهوم حديث نسبياً، بالإضافة إلى أنه ولد في ميدان علم الاقتصاد ثم انتقل من ميدان لآخر، بحيث تم توظيفه وفق اهتمامات الباحثين في الميادين المختلفة، وبالتالي تمت دراسته وفق منظورات مختلفة.

ويرى انديلمان وآخرون أن نوعية الحياة مفهوم ينتمي إلى عائلة من المفاهيم المتشابهة معه مثل السعادة، والرضا، والحياة الجيدة، والرضا الذاتي (Andelman et al., 1999, 106).

ومفهوم نوعية الحياة استخدم في البداية للتعبير عن الظروف الموضوعية، التي يعيشها الفرد من حيث الدخل ومستوى التعليم ونوعية العمل والإنفاق، أما الاتجاه الثاني الذي ظهر لاحقاً فهو يقوم على أساس أن نوعية الحياة تستند إلى إدراك الفرد واستجابته وتقويمه الذاتي للظروف المادية، ومن ثم شعوره بالرضا أو السعادة، سواء عن الحياة ككل وبصفة عامة، أو عن كل جانب من جوانبها (عن دوبا، 2005، 6) ومنه يمكن القول أنه في البداية قد درست نوعية الحياة من جانبين الجانب الأول يولي الأهمية للمؤشرات الموضوعية، والجانب الثاني يركز على المؤشرات الذاتية.

ومفهوم نوعية الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل المكونات الجسدية، الانفعالية، والاجتماعية المرتبطة مع المرض أو العلاج المستخدم له (Rivicki, 1989, 80)، لذلك إن تقييم نوعية الحياة لدى المرضى يجب أن تشكل جزءاً أساسياً من عملية التدخل العلاجي، من أجل تقييم نظام الرعاية الصحية نتائج العلاج وتأثيرها على المريض، وتطور الحالة الصحية للمريض.

ومؤخراً فإن نوعية الحياة أصبحت جزءاً مهماً من عملية التدخل الطبي والعناية بالمرضى، وتعكس نمو التقدير لأهمية شعور المرضى ورضاهم عن العلاج الذي يستخدمونه، إلى جانب التركيز على نتائج المرض (Berlim and Fleck, 2003, 52).

وهكذا فإن نوعية الحياة يمكن النظر إليها كمعيار شخصي، تعتمد على شعور الفرد تجاه حالته الصحية أو الجوانب الأخرى في حياته، ولذلك يمكن قياسها بفعالية بتحديد اعتقادات المرضى وإدراكاتهم (Gill and Feinstein, 1994, 619)، وقياس نوعية الحياة يشمل مختلف الأعمار الأطفال، المراهقين، البالغين وكبار السن، بالإضافة إلى أن مقاييس نوعية الحياة يمكن أن تتوجه بشكل عام (generic) أو للمصابين بأمراض محددة (specific group of patient with disease) مثل السرطان، أمراض القلب، داء السكري.

وفي الوقت الذي يتفق فيه الباحثون على أن كل إنسان بغض النظر عن جنسه أو ثقافته أو معتقداته يرغب في تحسين نوعية حياته، إلا أنهم يختلفون في نظرتهم للعوامل التي تؤدي إلى هذا التحسين فعلماء الاقتصاد يرون أن زيادة الدخل القومي ودخل الفرد يساعد في تحسين نوعية الحياة، وعلماء النفس يؤكدون على إشباع حاجات الإنسان الأساسية بالدرجة الأولى ثم إشباع حاجاته النفسية أما علماء البيئة يركزون على أهمية الظروف البيئية الطبيعية والمستحدثة في تحسين نوعية حياة الفرد في حين يرى علماء الاجتماع أن العلاقات الاجتماعية (العائلة، الأصدقاء) هي العامل الأهم في حياة الفرد (صبارينى وحداد،1991، 77).

وهكذا ترى الباحثة أن مفهوم نوعية الحياة قد حظي باهتمام كبير من مختلف الباحثين، وتم تناوله من باحثين آخرين من مختلف الاختصاصات (اقتصاد، علم اجتماع، علم النفس.....)، وفي السنوات الحالية كان هناك اهتمام سريع بقضية نوعية الحياة، نتيجة عدة عوامل منها تأثير العوامل النفسية على الصحة الجسدية، والتغيرات الهائلة في نظام الرعاية الصحية.

2-1-5 تعريف نوعية الحياة Quality of life:

هناك الكثير من التعريفات التي تناولت مصطلح نوعية الحياة، وحاولت الباحثة عرض مجموعة منها وفق التالي:

1- تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) لنوعية الحياة: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته

الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن نوعية الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته (WHOQOL,1997,1).

2- تعريف منظمة اليونسكو لنوعية الحياة: هي مفهوم شامل يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وعلى ذلك فنوعية الحياة لها ظروف موضوعية، ومكونات ذاتية ولقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لمواجهة إشاعات الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم (بخش، 2005، 8).

3- تعريف بونمي وآخرون (Bonomi): وهو من أبرز التعريفات التي تناولت نوعية الحياة حيث يرى أن نوعية الحياة تمثل مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها"، كما يرى كذلك أن نوعية الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات التي تقدم لهم على إشباع حاجاتهم المختلفة، ولا يمكن أن يدرك الفرد نوعية الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم (أصدقاء وزملاء وأشقاء وأقارب)؛ أي أن نوعية الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد (Bonomi et al., 2000, 22).

4- يعرف سنوك (Snoek) نوعية الحياة وفق المنظور الطبي: أنه مفهوم يحيط بتشكيلة واسعة من الخصائص والتعقيدات الجسدية والنفسية، والذي يصف قدرة الفرد على الأداء والحصول على الرضا من القيام بذلك **(** Snoek, 2000, 24**).**

5- يعرف مورو وجودان (Morrow and Joedan) نوعية الحياة وفق المنظور الطبي: المدى الذي يدرك به الشخص أو يتوقع بأن صحته الجسدية، الانفعالية، والاجتماعية متأثرة بالظروف الطبية أو العلاج الذي يستخدمه **(**Morrow and Joedan, 2003, 214**).**

تم تعريف نوعية الحياة بطرق وتطبيقات عديدة في سياقات متنوعة، نتيجة الخلفية التي استند إليها الباحثون في تعريفهم، فنوعية الحياة عرفت كمصطلح يتضمن الجوانب الشخصية والموضوعية، وتقليدياً

ركز الباحثون على المؤشرات الموضوعية في تعريفهم لنوعية الحياة والتي تتضمن المؤشرات الظاهرة والقابلة للقياس والملاحظة الخارجية مثل؛ الحالة الوظيفية، والدخل، والحالة الاجتماعية الاقتصادية وحجم شبكة المساندة الاجتماعية، ويرى العديد من العلماء أن التركيز فقط على المؤشرات الموضوعية عند تعريف نوعية الحياة يعد قاصراً في النظرة الكلية لهذا المفهوم، مثل هذه النتائج دفعت الباحثين إلى التأكيد على أن الميكانيزمات (الآليات) الداخلية تؤثر في النظرة الكلية لنوعية الحياة، وعليه فقد ركز الباحثون على نحو متزايد على المكونات الشخصية لنوعية الحياة – بجانب المكونات الموضوعية– مثل التقارير الذاتية، الاتجاهات، الإدراك، والطموحات خاصة في الأدبيات البحثية المتخصصة بإعادة التأهيل (عكاشة وإبراهيم سليم، 2010، 7–8).

إن وجود تعريفات عديدة لنوعية الحياة يضيف الكثير من التحديات على قياس هذا المفهوم (Verster, 2008 ,1)، وعلى الرغم من المقاييس المتعددة والأطر النظرية التي تتناول نوعية الحياة، إلا أنه لم يظهر حتى الآن تعريف مقبول عالمياً لهذا المصطلح، إلا أنه قد يظهر بين الحين والآخر تعريفات لهذا المصطلح (عبد الفتاح وسعيد حسن، 2006، 12).

وبسبب تعدد تعريفات مصطلح نوعية الحياة وتنوع السياقات التي يستخدم فيها هذا المفهوم، يتعين على الباحثين التحديد الدقيق لطبيعته وخصائصه في ضوء هدف البحث الذي يقومون به، وبعد الاطلاع على التعاريف السابقة قامت الباحثة بوضع هذا التعريف:

نوعية الحياة: مفهوم يتضمن شعور الفرد بالرضا (الإشباع) أو عدم الرضا، عن كافة مجالات حياته (الصحة والمرض، العمل، المدرسة، العائلة، العلاقات الاجتماعية، الأوضاع المادية، النشاطات وأوقات الفراغ ....الخ) ويتضمن تقييم الفرد الذاتي لمدى تأثير الظروف الموضوعية التي يمر بها على النواحي النفسية والاجتماعية والمدرسية والمادية والصحية...الخ.

3-1-5 مكونات نوعية الحياة:

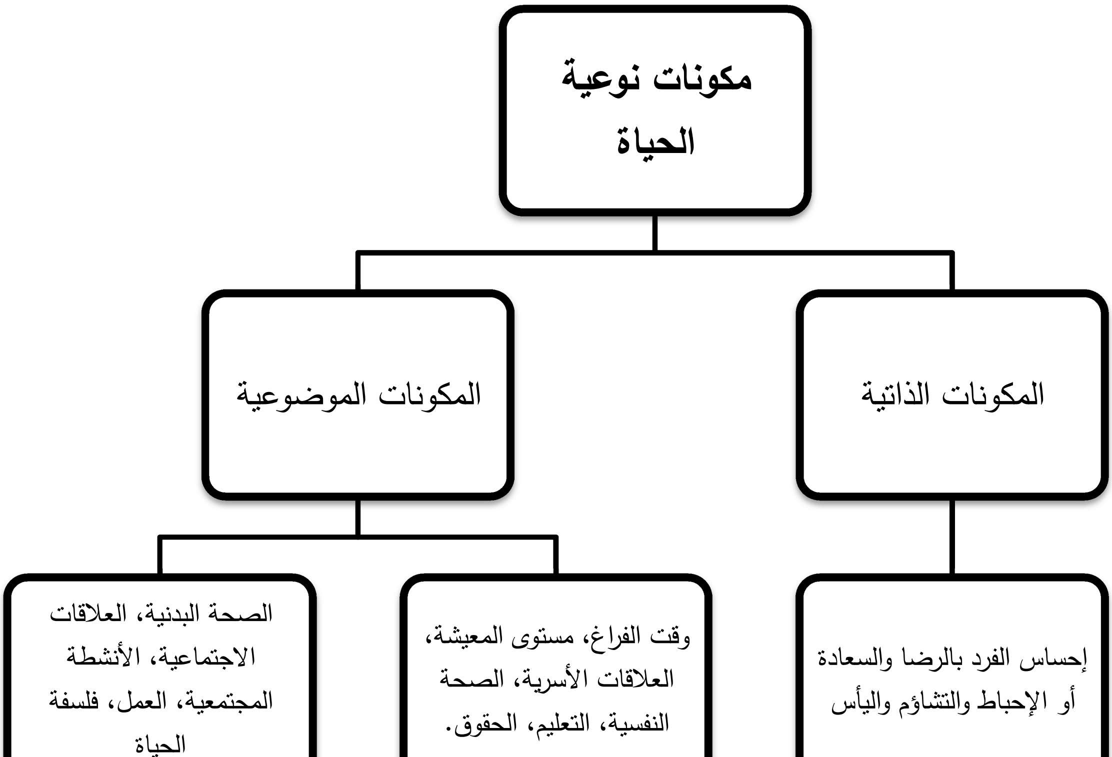
إن تعريف اليونسكو لنوعية الحياة يشمل كل جوانب الحياة كما يراها الأفراد، ويضم مكونات موضوعية، ومكونات ذاتية، وفيما يلي تناول لهذه المكونات:

1- المكونات الموضوعية:

تتضمن الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، فلسفة الحياة، وقت الفراغ مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية، الصحة النفسية، التعليم، الحقوق.

2- المكونات الذاتية:

إن نوعية الحياة الذاتية أو المحددات الذاتية في نوعية الحياة، هي إحساس الفرد بالرضا والسعادة أو الإحباط والتشاؤم واليأس، ومن خلال الإحساس بالانفعالات الإيجابية وتحقيق الذات، ومن هنا كان الاهتمام بهذه المتغيرات النفسية كمحددات لنوعية حياة الإنسان، فكل ما ندركه وننتبه إليه ننفعل به ويؤثر في سلوكنا (عبد الرحمن، 2008، 338).



شكل رقم (5) مكونات نوعية الحياة

ومن التصورات والنماذج المهمة لمكونات نوعية الحياة نموذج فيلسي وبيري الذي يعكس التفاعل بين ظروف الحياة، الرضا عن الحياة، والقيم الشخصية (Felce and Perry, 1995, 51)، ويعد نموذج فينتيجودت وآخرون (2003) من التصورات التي طرحت لتحديد مكونات نوعية الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل نوعية الحياة (quality-of-life spectrum)، وطرحوا في ضوئه ما يعرف بالنظرية التكاملية لنوعية الحياة (The integrative quality-of-life (IQOL) theory)، وهكذا فإن مكونات نوعية الحياة يمكن أن تكون ضمن مجموعتين أساسيتين:

1- المكونات الموضوعية Objective Ingredients: وهي قابلة للقياس للكمي، من خلال التقييم الموضوعي لظروف المجتمع وما يمر به من تغييرات، وبالتالي هي تعكس ظروف حياة الأفراد من خلال قياسها الكمي لهذه الظروف والأوضاع المتعلقة بالبيئة الاجتماعية، والصحية، والسكانية، والمادية...الخ.

2- المكونات الذاتيةSubjective Ingredients: تمثل رضا الأفراد عن المكونات الموضوعية، أي عن ظروف المتعلقة بالبيئة التي يعيشون بها، ومدى الإشباع الذي يحققونه من مختلف جوانب هذه البيئة، بطريقة تعكس شعورهم بالرضا أو عدمه عن تلك الجوانب.

2-5- المفاهيم المرتبطة بمصطلح بنوعية الحياة:

5-2-1- الصحة Health:

- **تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للصحة:** أنها حالة متكاملة من العافية الجسدية، العقلية والاجتماعية، وليس مجرد غياب المرض أو العجز (WHO, 2003,100).

وتعتبر الصحة جزءاً من الحياة، والحياة تتأثر بالصحة، لذلك فالصحة لها دور كبير في نوعية الحياة، فإذا كانت الصحة الجسدية، العقلية والاجتماعية جيدة وتامة فإن نوعية الحياة ستكون جيدة، أما إذا كانت الصحة الجسدية، العقلية والاجتماعية غير جيدة فإن نوعية الحياة لن تكون جيدة (عن القواسمي، 2005،7)، وتقترح الدراسات أنه من أجل تحسين الحالة الصحية للمرضى وقدرتهم على التحكم بمرضهم، يجب تحسين نوعية الحياة (Rubin, 1999, 205).

فالصحة هي من أهم مكونات نوعية الحياة، فهناك علاقة وثيقة بين المرض والحياة نفسها، وبالتالي هناك علاقة وثيقة بين ما يعانيه الفرد من مشكلات صحية أو مشكلات اجتماعية تنعكس بدورها على الحالة الصحية، وبين مدى شعور الفرد بنوعية حياة جيدة (سليمان، 2009، 48).

وباختصار تعتبر الصحة هي أحد العناصر التي تحدد نوعية الحياة، فالصحة تهتم بالعوامل التي تقع في دائرة اهتمام القائمين على توفير الرعاية الصحية، ورضا الأفراد عن النواحي الصحية في حياتهم ومن حيث تأثير المرض على نواحي حياة الفرد (الاجتماعية، الجسدية، المعرفية، والنفسية).

5-2-2- نوعية الحياة من الناحية الصحية Health related Quality of life:

أن مصطلح نوعية الحياة الصحية (HRQOL): تُميز بين عناصر الصحة، والأداء والعافية التي يتم اختبارها بين الأشخاص ضمن سياق شروطهم الصحية والعلاجات عن نوعية الحياة بشكل عام وتتضمن مقاييس نوعية الحياة الصحية على الأقل ثلاثة مجالات رئيسية الصحة الجسدية، الصحة العقلية/العاطفية، والصحة الاجتماعية، وتطور مفهوم نوعية الحياة الصحية في الثمانينات من القرن الماضي ليحيط بجوانب نوعية الحياة التي تؤثر على صحة الفرد سواء الجسدية أو العقلية، وتتضمن نوعية الحياة الصحية المصادر، الشروط، السياسات والممارسات التي تؤثر على تصورات الأفراد الصحية وحالتهم الوظيفية، وتعتبر من المؤشرات العامة لتقدير احتياجات الخدمة ونتائج التدخل ومقاييس نوعية الحياة الصحية تمكن بشكل علمي من تحديد تأثير نوعية الحياة على الصحة (CDC,2000, 6) وبدأت نوعية الحياة الصحية تكسب قبولاً بسرعة كجانب كمفهوم قابل للقياس.

ومفهوم الحالة الصحية ونوعية الحياة الصحية يستخدمان بشكل متبادل، فالحالة الصحية تعتبر من أحد مكونات نوعية الحياة الصحية، حيث تعتبر جزء من المفهوم الأوسع، وكلاهما يتضمنان الصحة الجسدية (مثل اللياقة، الأعراض، إشارات المرض والصحة)، الأداء الوظيفي (القيام بالنشاطات اليومية والأدوار الجسدية) الصحة والأداء الاجتماعي (العلاقات، النشاطات والدعم الاجتماعي) الصحة النفسية (القلق، الاكتئاب)، والسعادة الانفعالية (الرضا عن الحياة، الروح المعنوية، التكيف) والتوقعات (Bowling, 2002,13).

5-3- محددات نوعية الحياة:

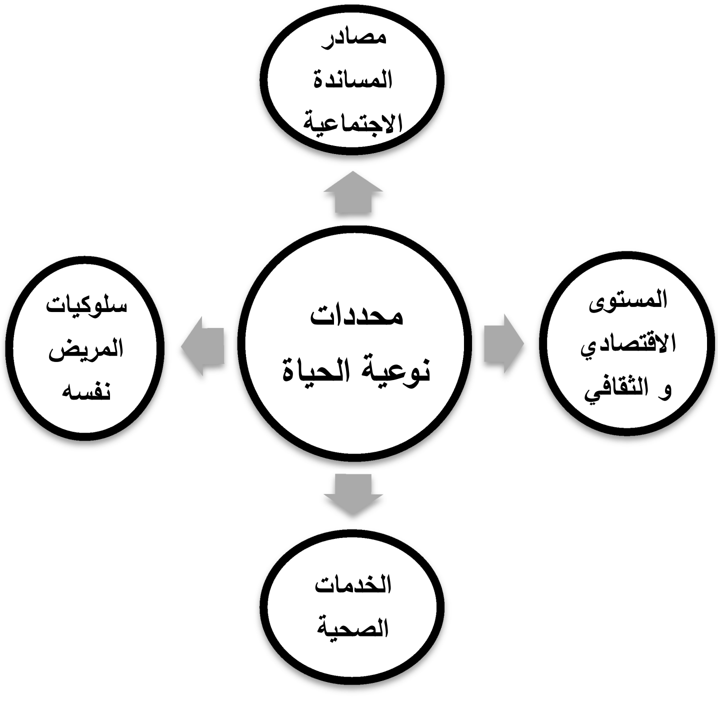
يقترح سبيلكرز أن (spilkers, 1990) أن نوعية الحياة يتم معرفتها بفحص أربعة أبعاد تتضمن، الحالة الجسدية والقدرات الوظيفية، الحالة النفسية، التفاعلات الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، وترى الباحثة سليمان في بحثها أن من أهم محددات نوعية الحياة من الناحية الصحية تتمثل في:

1- مصادر المساندة الاجتماعية: وهم الأشخاص الذين لديهم القدرة على تشجيع المرضى على التكيف والتعامل مع المواقف وظروف الحياة الصعبة، ويمثل هؤلاء الأشخاص بالنسبة للمرضى إحساس الأمان والطمأنينة ومصدراً دائماً للشعور بنوعية حياة جيدة.

2- المستوى الاقتصادي والثقافي: بلا شك أنه كلما ارتفع مستوى الدخل، كلما توافرت الإمكانات التي يستطيع الشخص أن يحافظ على صحته، ولا يكفي توافر الإمكانات المادية فقط، لكنها تتطلب أيضاً مستوى ثقافي صحي يستطيع الفرد من خلاله التعرف على كل ما هو جديد بالنسبة لحالته، كما يتعرف على أهم طرق الوقاية من المضاعفات.

3- الخدمات الصحية: وتتمثل في تقديم خدمات الرعاية الطبية اللازمة للمرضى سواء داخل المستشفيات أو خارجها، إلى جانب توفير برامج التعليم الصحي والوقاية.

4- سلوكيات المريض نفسه: كل فرد هو المسؤول الأول عن أسلوب الحياة التي يحياها، وكل فرد يستطيع حماية نفسه من مخاطر الإصابة بأمراض جديدة، فالاعتدال هو الأساس الأول للصحة، مع تنمية القدرة على الاعتماد على النفس في حل المشكلات سواء الناجمة عن المرض أو غيرها مما يدعم نوعية الحياة بشكل عام، وليس في مجال الصحة فقط (سليمان، **2009**، **60**).



شكل رقم (6) محددات نوعية الحياة

4-5- نوعية الحياة لدى الأطفال:

تقدمت الأبحاث التي تتعلق بنوعية الحياة لدى الأطفال في النصف الأخير من ثمانينات القرن الماضي في العالم، وتم اكتشاف الكثير من الجوانب والخصائص في بيئة الطفل، وتتنبأ الدراسة المبكرة لنوعية الحياة عند الأطفال بالحالة الصحية (Matsuda, 2006, 805). وهذا ما يعطي الأهمية لدراسة نوعية الحياة لدى الأطفال والمراهقين، وضرورة القيام بأبحاث في هذا المجال.

فالأطفال ضمن المجموعات العمرية (5–6) سنوات قادرون على التعبير عن الألم وحالتهم الصحية والتعبير عن مفاهيم مثل السعادة أو الفخر يتطور حوالي (9– 10) سنوات، فتطور أبحاث نوعية الحياة يجب أن يأخذ باعتباره وجهات نظر الأطفال والمراهقين وأن يكون لها دور في تحسين الأوضاع الصحية وعملية اتخاذ القرارات لطبيعة العلاج وسياسات الرعاية الطبية (المرجع السابق، 2006)؛ بالإضافة إلى متغيرات أسرية ونفسية لدى الطفل متعلقة بنوعية الحياة (مثل: النزاعات الأسرية، المشكلات السلوكية لدى الطفل ....) (Valenzuela et al., 2006, 650).

5-5- نوعية الحياة عند المصابين بداء السكري:

تعتبر نوعية الحياة من الجوانب المهمة في المجال الصحي، ويمثل تحسينها الهدف النهائي لمجمل التدخلات الصحية، والمصابين بداء السكري لديهم نوعية حياة سيئة بالمقارنة مع الذين لا يعانون من أي مرض مزمن، لكن نوعية حياة أفضل بالمقارنة مع المصابين بأمراض مزمنة خطيرة كمرض السرطان فهم يشعرون بالتحدي نتيجة مرضهم ومتطلبات التعامل معه، كل يوم وعلى مدار اليوم، وأخذ الأنسولين يمكن أن يؤثر جوهرياً على نوعية الحياة، أما إيجابيا أو سلبياً من حيث تحسن أو سوء أعراض ارتفاع أو انخفاض سكر الدم (Rubin, 1999, 205).

لذلك فإن قياس نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري يساعد على فهم مدى تأثير (التكيف المواجهة، التجنب... الخ) المرض على الفرد، بالإضافة إلى أن تقييم المريض لنوعية حياته مهم في فهم تأثيرات العلاج من وجهة نظر الفرد وذلك لتطوير مستقبل الرعاية الصحية (Australian Institute, 2008).

وأظهرت كثير من الدراسات أن نوعية حياة المصابين بداء السكري منخفضة بالمقارنة مع بقية المجتمع (Rubin, 1999, 212)، كما بينت أن مرضى السكري يعانون من انخفاض في نوعية الحياة الصحية بالمقارنة مع بقية أفراد المجتمع، من غير المصابين بداء السكري (Wandell,1997,97) (Fratezi, 1995, 459)، لكن تبين في دراسة أخرى أن المصابين بداء السكري يتمتعون بنوعية حياة أفضل بالمقارنة مع المصابين بأمراض مزمنة أخرى مثل (السرطان الربو...الخ) في الجوانب الجسدية، النفسية الاجتماعية (Rose, 1998, 1876).

ويعتبر قياس نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري مهماً، ليس فقط من أجل معرفة درجة التكيف النفسي لديهم بل من أجل حالتهم الصحية وارتباطها بعلاج السكري، النظام الغذائي والسيطرة على سكر الدم والمضاعفات طويلة المدى (Cameron et al., 2007) (Hoey et al., 2001) (Guttman-Bauman et al.,1998)، ففي دراسة (Wake et al., 2008) التي أجريت على الأطفال والمراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري، تبين أن صحتهم العامة ونوعية حياتهم منخفضة بالمقارنة مع أقرانهم غير المصابين، وارتبط انخفاض نوعية الحياة لديهم مع ضعف السيطرة على سكر

الدم للأطفال من عمر (5-11) سنة، ولم يرتبط للأعمار الأكبر من (12- 18) سنة، ولكن ارتبطت الأعراض والمخاوف المتعلقة بداء السكري مع انخفاض في الوظائف النفسية لكلا المجموعتين، ويمكن أن تتحسن نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري وذلك بإجراء تدخلات طبية محددة، وتدخلات تربوية وإرشادية لتحسين مهارات التكيف، ولكن من الصعوبة تحديد أي جانب من هذه التدخلات يمكن أن تؤدي إلى إحداث تغير في نوعية الحياة، لأنه قد تشكل تحدياً في القياس أو التحليل (Rubin and Peyrot, 1999, 214).

1-5-5 أثر داء السكري على نوعية الحياة عند الأطفال المصابين به:

- يؤثر داء السكري (النمط الأول) بشكل أساسي على الأفراد الصغار بالعمر، وعلى كافة جوانب حياته وبخاصة الجوانب الاجتماعية وقد يؤدي التشخيص غير المتوقع لهذا الداء لدى الفئات العمرية الصغرى لحدوث صدمة نفسية لهم ولأسرهم، وتشمل مجالات تأثيره ما يلي:

1- يرتبط داء السكري (النمط الأول) مع حدوث نوبات انخفاض أو ارتفاع سكر الدم الحادة، بالإضافة إلى المضاعفات طويلة الأمد (اعتلالات الشبكية، اعتلالات الكلى، اعتلالات الأعصاب وغيرها..) والتي تقلل من متوسط العمر المتوقع بحدود (10–30 %) بالإضافة إلى نوعيتها، بالإضافة إلى أنها تزيد من خطر حدوث الإعاقة (وبخاصة العمى أو البتر).

2- إن العلاج الذي يتطلبه داء السكري (النمط الأول) من أخذ جرعات الأنسولين وتعديلها، مراقبة سكر الدم بشكل يومي، القيود الغذائية وغيرها، وأن يبقى المصابين على تواصل مع المؤسسات الرعاية الصحية وكل هذا يتطلب تنظيم طريقة الحياة (Wasserman and Trifonova, 2006, 76).

3- الرعاية الزائدة من قبل الوالدين والشعور بقلق الانفصال، والصراع مع الأخوة (منافسة، غيرة، حسد مشاعر ذنب، ...).

4- انخفاض في التحصيل الدراسي (قد تكون نتيجة الغياب المتكرر عن المدرسة بسبب المرض) مشكلات اندماج في جماعة الصف (التعرض للتنمر أو المضايقات من قبل الأطفال الآخرين بسبب الإصابة بالسكري)، وتقييد في النشاطات (الرياضية، المدرسية) أو عند تخطيط العطلة.

5- الإقامة في المستشفى وبالتالي الانفصال عن أشخاص الإطار المرجعي والمحيط المألوف، والمواجهة مع الجهاز الطبي.

6- القلق حول المستقبل فيما يتعلق بيقين مؤلم لاستمرار المرض طوال الحياة، أو عدم الثقة بالتنبؤ بالمرض، مشكلات لاختيار المهنة، المرور بصعوبات أثناء التحرر عن منزل الأسرة، استباق مشكلات زوجية مستقبلية أو شعور بصعوبة الحصول على أطفال فيما بعد، المواجهة مع احتمال انتهاء الحياة في وقت مبكر(غيبوبة السكري)، والتفكير الدائم بسبب الإصابة والسؤال لماذا أنا بالتحديد؟ (بيترمان، 2009، 580-581) (Thobro, 2007, 2-3)

- وتبين في دراسة (Graue et al., 2004, 1313) أن ضعف السيطرة على سكر الدم، والدرجة المنخفضة لنوعية الحياة المتعلقة بداء السكري، مرتبطة مع استخدام أساليب تكيفية عاطفية انفعالية مثل أساليب التكيف العدائية، و وجد بورجيسون وزملائه (Borjeson et al., 1993) أن المصابين منذ فترة قصيرة أكثر قدرة على التكيف منذ فترة طويلة، وقد يتزايد الخوف من المضاعفات طول فترة الإصابة والمصابين في مرحلة الطفولة يعرفون القليل عن هذه المضاعفات، وهذا يقلل من سعة استجاباتهم السلوكية (بطرس، 2008، 458)

- وأظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال المصابين بداء السكري أن التكيف الجيد مع الداء وإتباع تعليمات العلاج ارتبطت مع التماسك الأسري المرتفع وانخفاض الصراعات الأسرية (Awadalla et al., 2006, 727).

5-5-2- قياس نوعية الحياة عند المصابين بداء السكري (DQOL):

يمكن قياس نوعية الحياة عند الأفراد بعدة طرق، وقد تم تطوير أكثر من عشرين مقياس في هذا المجال سواء كمقاييس عامة أو مقاييس للأمراض محددة (مرض الصرع، الربو، السكري، السرطان وغيرها من الأمراض)، وكان التقييم الذاتي من أحد المبادئ الهامة في بحوث نوعية الحياة (Matsuda, 2006, 805).

ومقياس نوعية الحياة (Quality of life index) هو قياس نسبة الرضا والسعادة في مجتمع ما وضعته باحثتان أمريكيتان هما (Carole Estwing Ferrans) و (Marjorie Powells) سنة 1984، وفي الحقيقة كانت الفكرة الأصلية تقييم نوعية حياة المرضى مثل المصابين بداء السكري لمحاولة تحسينها، ثم توسعت إلى تقييم رضا الناس العاديين عن صحتهم أو عن إشكاليات أخرى، ثم وقع نقاش عريض حول تطبيق المنهجية على مجتمع كامل، وفي هذه الحالة تمحور الجدل حول المؤشرات التي يجب استعمالها وكيف يمكن للعلوم الإحصائية أن تبني منها مقياساً موضوعياً يمكن استعماله في "جسّ نبض" مجتمعات ذات ثقافات مختلفة ومقارنتها بينها (www.moncefmarzouki.net).

وقد تطورت مقاييس نوعية الحياة الخاصة بداء السكري في بداية الثمانيات (مثل مقياس أنديانا لنوعية الحياة (Indiana Diaetes Quality Of Life Questionnaire: Youth,1991) وغيره، وقد صممت بشكل خاص لتقييم الأعباء المتعلقة بالعلاج مع هدف إبقاء مستويات سكر الدم قريبة لأولئك غير المصابين بداء السكري، وقد تم توظيف هذه المقاييس في الدراسات الحديثة لدى المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين، بالإضافة إلى المصابين بداء السكري غير المعتمد على الأنسولين، وقد تضمنت هذه الدراسات المقارنة بين أنواع العلاج المختلفة، وتأثيرات مضاعفات داء السكري، ووصف نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى (Clare, 2003, 66-65).

6-5- نوعية الحياة والاكتئاب وعلاقتهما بعدد من المتغيرات:

تبين أن المصابين بداء السكري، والذين لديهم نوعية حياة منخفضة، أكثر احتمالاً لأن يعانوا من الاكتئاب، والذي يؤثر بشكل واضح على مآل هذا الداء.(Kulzer, 2006, 259)، وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن علاج الاكتئاب يسهم في تحسين معالجة داء السكري، ويزيد من فرص تحسين نوعية الحياة على المدى القصير والبعيد (Pettegrow, 2008, 2)، وأن المصابين بداء السكري لديهم نوعية حياة سيئة بالمقارنة مع غير المصابين بداء السكري، بالإضافة لذلك لديهم خطر مرتفع للإصابة بالاكتئاب والذي قد يضيف تأثيراً سلبياً إضافياً على نوعية حياتهم، وفي دراسة (Schram, 2009, 112) والتي قامت بمراجعة منظمة لعشرين دراسة حول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري، منذ عام 1990 حتى عام 2007، (18) دراسة عرضية ودراستان طوليتان، وجاءت

نتائجها بتأكيد وجود علاقة سلبية بين الأعراض الاكتئابية وواحد على الأقل من نواحي نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري، فالمصابون بداء السكري ويعانون من الأعراض الاكتئابية لديهم نوعية حياة منخفضة، وهذه النتائج يجب أن تؤدي لزيادة الوعي لفحص وجود الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالسكري.

5-6-1- مدة الإصابة بداء السكري: مدة الإصابة ليست مرتبطة بشكل ثابت مع نوعية الحياة، فنتائج الدراسات كانت متباينة، فقد وجدت عدة دراسات أن زيادة مدة الإصابة بداء السكري (كلا النمطين) ترتبط مع انخفاض نوعية الحياة وفق المقاييس العامة (Aatto et al., 1997) (Glasgow et al., 1997) (Klien et al.,1998)، ولكن في دراسات أخرى لم تجد مثل هذا الارتباط بين مدة الإصابة ونوعية الحياة مثل دراسة (Kovacs et al. a, 1997, 36)، وتبين في دراسة أخرى أنه لم يوجد ارتباط بين مدة الإصابة والاكتئاب (Peyrot, 1997)، وفي دراسة على المصابين بالنمط الأول من داء السكري في المملكة المتحدة تبين أن درجة الرضا عن العلاج كانت أعلى لدى الذين كانت إصابتهم بالسكري لمدة أطول (Eiser, 1992).

5-6-2- العمر: إن المراهقين الأكبر عمراً يعانون من نوعية الحياة منخفضة بالمقارنة مع المراهقين الأصغر كما في دراسة (Graue et al., 2005) ، لكن دراسات أخرى لم تجد أية فروق مثل دراستي (Valenzuela et al., 2006) و (Wiebe et al., 2005).

5-6-3- نمط داء السكري: يمكن القول أن المصابين بداء السكري من النمط الثاني لديهم نوعية حياة أفضل بالمقارنة مع النمط الأول، سواء بنوعية الحياة ككل أو أحد مكوناتها، وقد يعود ذلك لعوامل مرتبطة بنمط السكري مثل نوعية العلاج والعمر (Rubin, 1999)، وتبين في دراسة (Tebbi, 1990) أن المصابين بداء السكري النمط الأول لديهم نوعية حياة منخفضة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة وبخاصة فيما يتعلق بالمخاوف الصحية ومشاعر الاكتئاب.

5-6-4- ضبط السكري: تبين في دراسة (Mazze et al.,1984) أن هنالك اختلافات واضحة في كل من الاكتئاب، القلق، ونوعية الحياة لدى الذين لديهم ضبط جيد وأولئك الذين لديهم ضبط ضعيف لسكر الدم، حيث أن المجموعة التي لديها ضبط جيد كانت درجتهم منخفضة في كل من الاكتئاب والقلق

ومرتفعة على نوعية الحياة، ولم ترتبط التغييرات في الأعراض الاكتئابية مع التغييرات في مستوى سكر الدم لدى المرضى بالنمط الأول من داء السكري (Georgiades et al., 2007)، وتقترح أغلب الدراسات بأن السيطرة الجيدة على سكر الدم ترتبط مع نوعية حياة أفضل، بالرغم من أن بعض الدراسات أخفقت في الكشف عن هذا الارتباط مثل دراستي (Rubin et al., 1999) و (Valenzuela et al., 2006) وتبين أن السيطرة على سكر الدم لدى الأطفال المصابين بداء السكري مرتبطة مع نوعية حياتهم (Wiebe et al., 2005)، وكان هناك ارتباط بين الاكتئاب لدى المصابين بالنمط الأول من داء السكري مع ضعف السيطرة على الدم، وهذا قد يؤدي إلى مضاعفات مرتبطة بالسكري ونوعية حياة صحية سيئة كما تبين في دراسة (De Groot, 1999).

5-6-5- المشكلات الأسرية: إن العناية بطفل أو مراهق مصاب بداء مزمن قد يؤثر على البيئة الأسرية من حيث تماسكها وطرق التواصل بالإضافة إلى النزاعات بين أفرادها (Northam et al., 1996) وهذا بالتالي يترك تأثيره على نوعية حياة الطفل أو المراهق، مثل الصراعات الأسرية بشكل عام (Graue et al., 2005)، تدخل الوالدين بحياة ابنهم (Grey et al., 1998).

إن الأسر التي لديها طفل يعاني مرض مزمن، قد تظهر مؤشرات واضحة على سوء أدائها الوظيفي بشكل يتراوح بين تدخل أفراد الأسرة في كافة نواحي حياته إلى حمايته حماية زائدة، وفي نتائج دراسة أجريت على ستين طفلاً ومراهقاً من مرضى السكري، تبين أنه في الأسر التي تشجع الاستقلالية والمشاركة المناسبة للسن والتي تشجع الأنشطة الاجتماعية والترويحية، أدرك الأطفال والمراهقون أنفسهم كشخصيات أكثر كفاءة، وأظهروا تكيفاً أكبر لإصابتهم أكثر مما فعل نظرائهم من أبناء الأسر زائدة الحماية. (لامبي و دانيلز مورنج، 2001، 229)

6-6-5- مضاعفات داء السكري: هي من أكثر المحددات لنوعية الحياة، وقد قام الباحثون بعدة دراسات في هذا المجال، ووجدوا أن وجود اثنين أو أكثر من المضاعفات المتعلقة بداء السكري، ترتبط مع زيادة الإمكانية ليعاني المرضى من أعراض سريرية من الاكتئاب أو القلق (Peyrot and Rubin, 1997) وفي الدراسات التي شملت مقياسي (DQOL) (SF-36) لنوعية الحياة على المصابين بداء السكري (نمط 1 و 2)، وجدت ارتباط بين نوعية الحياة مع تكرار وشدة المضاعفات، وبخاصة ممن يعانون من النمط الأول من داء السكري (Jacobson et al.,1994) ، وفي دراسة أخرى قامت بدراسة نوعية الحياة

لدى المصابين بمضاعفات نتيجة داء السكري ويعتمدون على العلاج بالأنسولين، وجدت أن نوعية الحياة لديهم منخفضة بالمقارنة مع النمط الثاني (Farup et al.,1998)، وقد وجد ارتباط هام بين الاكتئاب ومجموعة من مضاعفات داء السكري مثل اعتلال الشبكية، اعتلال الكلى، اعتلال عصبي (Groot et al., 2001).

وفي دراسة اقترحت أن المصابين بالنمط الأول من داء السكري ولديهم تاريخ إصابة بمرض نفسي من المحتمل أن يزيد لديهم خطر للإصابة باعتلال الشبكية، حيث تبين أن هؤلاء المصابون لديهم معدل مرتفع من الهيموغلوبين (Cohen et al., 1997).

إن الجهود التي تبذل لمنع مضاعفات داء السكري غالباً ما يكون لها تأثير على نوعية الحياة، بما تتطلبه هذه الجهود من شروط معينة وأساليب علاج لمنع تطور التعقيدات، والعمل على تحسين رضاء المرضى عن العلاج في أغلب الأحيان يساهم في تحسين نوعية حياتهم، ولكن ليس من الضروري تقييم الرضا عن العلاج بحد ذاته بل أيضاً تأثير داء السكري و علاجه على مجالات الحياة الواسعة من أجل تقييم التأثير على نوعية الحياة، فقد لوحظ التأثير السلبي لداء السكري على نوعية الحياة بالرغم من المستويات العالية من الرضا عن العلاج، وبخاصة فيما يتعلق بالقيود الغذائية ونظام الحمية، لذلك يعمل الباحثون على تحسين نظام الحمية الغذائية ومرونتها (Bradley et al., 2002, 64).

وقد تبين أن وجود المضاعفات الوعائية ترتبط مع ارتفاع انتشار الاكتئاب وانخفاض نوعية الحياة (Clinical Practice Guideline, 2009, 5).

5-6-7- علاج الأطفال المصابين بداء السكري: إن نظام علاج الطفل المصاب بداء السكري يرتبط بصحته وبنوعية حياته أيضاً، فأظهرت نتائج الدراسات أن العلاج المركز (أربع حقن خلال اليوم أو مضخة الأنسولين)، له دور في خفض مستوى تسكر خضاب الدم، وكذلك خفض خطر نوبات انخفاض سكر الدم وتعقيداتها بدون أن يكون لها تأثيرات نفسية سلبية على المراهقين (Boland et al., 1999) وهكذا فالعلاج بمضخة الأنسولين ارتبط بفوائد طبية و نفسية بالمقارنة مع الطرق التقليدية في علاج داء السكري، وهذا يتضمن تحسن في القدرة على السيطرة على مستويات سكر الدم، ونوعية حياة جيدة كما في دراستي (Hoogma et al., 2006) و (Weissberg,2003)، ولكن العلاج الطبي والنفسي يجب

أن يتوافر أثناء فترات الانتقال لاستخدام مضخة الأنسولين، بالإضافة إلى دعم الأسر خلال هذا الوقت الصعب (Hilliard et al., 2008).

ويعاني المصابون بداء السكري من مستويات عالية من الاكتئاب والقلق، والتي تنجم عن نظام العلاج الصارم والمعدلات العالية للإصابة بالمضاعفات (علاء الدين وكفافى، 2006، 256)، وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن العلاج الفعال للاكتئاب يحسن من ضبط سكر الدم (Watkins, 2004).

مما تم ذكره يبدو أن هناك ارتباطاً بين مجموعة من الخصائص والظروف الموجودة في بيئة الطفل المصاب بداء السكري وكل من الاكتئاب ونوعية الحياة، وبالتالي فإن معرفة هذه الخصائص وتحسينها يرتبط مع تحسن كل من الاكتئاب ونوعية الحياة.

الفصل السادس:

6. إجراءات البحث وأدواته:

توطئة

6-1- منهج البحث.

6-2- المجتمع الأصلي.

6-3- اختيار عينة البحث.

6-4- أدوات البحث.

6-4-1- القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.

6-4-2- مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى الشباب المصابين بداء السكري.

6-4-3- استمارة البيانات.

6-5- متغيرات البحث.

6-6- الدراسة الاستطلاعية.

6-6-1- العينة الاستطلاعية.

6-6-2- دراسة صدق أدوات البحث.

6-6-3- دراسة ثبات أدوات البحث.

6-7- إجراءات البحث.

6-8- صعوبات البحث.

- توطئة:

في هذا الفصل تم تناول كل من المنهج الذي اتبعه البحث، المجتمع الأصلي وعينة البحث، وتم عرض الأدوات المستخدمة، والإجراءات المتبعة للدراسة الاستطلاعية ونتائجها، بالإضافة إلى صدق وثبات هذه الأدوات، وحدود البحث والقوانين الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج.

6-1- منهج البحث:

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، الذي ينطلق من ظاهرة موجودة في المجتمع، وهو يقوم على وصف الظاهرة وتحليل وبيان العلاقة بين مكوناتها، وذلك للتعرف إلى العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)؛ حيث أن المنهج الوصفي التحليلي يجري لأغراض علمية من أجل تطوير المعرفة (حمصي، 1991، 162).

6-2- المجتمع الأصلي:

يشمل المجتمع الأصلي للبحث الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (10- 18) سنة، والمصابين بالنمط الأول من داء السكري، والذين يرتادون المراكز الصحية المنتشرة في مختلف مناطق مدينة دمشق، وهي تبلغ تسعة مراكز صحية، ولا توجد إحصائية عن عدد الأطفال المراجعين لهذه المراكز، لذلك قامت الباحثة ومن خلال التطبيق بتحديد المجتمع الأصلي، في الحدود الزمنية لمرحلة إنجاز البحث، والذي بلغ (308) مصاباً بداء السكري، ويبين الجدول رقم (4) عدد الأطفال المترددين إلى كل مركز صحي، ما دون عمر (18) سنة، وقد تم توضيح أعداد أطفال المجتمع الأصلي من عمر (10-18) سنة بالإضافة إلى الأطفال ما دون عمر(10) سنوات، وقد تم وضع هذا الجدول من أجل توفير إحصائية يمكن للمهتم الاطلاع عليها للوقوف على أعداد الأطفال المصابين بداء السكري في العام الذي تم به إجراء البحث.

ويوضح الجدول رقم (4) أعداد الأطفال المترددين على المراكز الصحية التسعة في مدينة دمشق وضمنه المجتمع الأصلي.

ويوضح الجدول رقم (5) النسبة المئوية للمجتمع الأصلي للبحث.

الجدول رقم (4) أعداد الأطفال المترددين على العيادات التخصصية بالسكري، وضمنه المجتمع الأصلي للبحث

الرقم	اسم المركز الصحي	المنطقة	المجتمع الأصلي من عمر (10–18) سنة	الأطفال دون عمر (10) سنة	العدد الإجمالي دون عمر (18) سنة
1	مركز المجاهد محمد الأشمر	الغواص/ كورنيش الميدان	58	13	71
2	مركز الثامن من آذار	الزاهرة القديمة/ باب مصلى	60	18	78
3	مركز الدكتور محمود شحادة خليل	الشاغور	18	11	29
4	المركز التدريبي لرعاية الطفولة والأمومة	الحجاز/ شارع النصر	21	6	27
5	مركز زهير حبي الصحي	الميسات/ الجبة	27	10	37
6	مركز دمر البلد الصحي	دمر البلد	22	7	29
7	مركز الشهيد الطبيب محمد أحمد المعرباني	برزة	46	10	56
8	مركز السابع من نيسان	العدوي/ حي القصور	28	21	49
9	مركز أبي ذر الغفاري	المزة الشرقية	28	10	38

الجدول رقم (5) النسبة المئوية للمجتمع الأصلي للبحث

المراكز الصحية	المجتمع الأصلي (10–18)	الأطفال دون عمر(10) سنة	العدد الإجمالي
عدد الأطفال في العيادات التخصصية بالسكري بمدينة دمشق	308	106	414
النسبة المئوية	%74.39	%25.61	%100

ويبين الجدول رقم (6) أعداد الذكور والإناث، البالغ (141) و(167) على التوالي، بالإضافة إلى للبحث. نسبتهما المئوية ضمن المجتمع الأصلي

الجدول رقم (6) النسبة المئوية للمجتمع الأصلي وفق متغير الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية%
ذكور	141	%45.77
إناث	167	%54.23
المجموع	308	%100

3-6- اختيار عينة البحث:

عينة البحث هي عينة عرضية (هي تلك العينة التي يتم اختيارها بناء على مناسبتها لأهداف البحث وتسمى العينة بالمصادفة، وفيها لا يخضع الاختيار لأي تنظيم، وإنما يتم اختيار من يتحصل عليه الباحث صدفة، أو من يتطوع بالمشاركة في الدراسة، وعادة لا يكون مجتمع البحث معروفاً للباحث) (محمود، 2007، 300)، وبلغ عدد أفرادها (100) مصاب بداء السكري من النمط الأول، من أصل المجتمع الأصلي (308) مصاب بداء السكري من النمط الأول، والذين تتراوح أعمارهم من (10– 18) سنة، وذلك من المسجلين ضمن المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة في مدينة دمشق للعام (2010–2011)، وقد بلغت تسعة مراكز صحية موزعة في مختلف مناطق مدينة دمشق، وكان التوجه في البداية أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي، ولكن كان هناك بعض الصعوبات والتي تم ذكرها ضمن صعوبات البحث، فلم تتمكن الباحثة سوى من التطبيق على العينة المذكورة، ويبين الجدول رقم (7) النسبة المئوية لعينة البحث والتي بلغت (32.46%).

الجدول رقم (7) النسبة المئوية لعينة البحث

	المجتمع الأصلي	عينة البحث
عدد الأطفال من عمر (10–18) سنة	308	100
النسبة المئوية	%100	%32.46

6-4- أدوات البحث:

6-4-1- القائمة العربية لاكتئاب الأطفال:

اطلعت الباحثة على مجموعة من المقاييس التي تقيس الأعراض الاكتئابية، مثل المقياس المتعدد الأبعاد للاكتئاب الأطفال والمراهقين من (عبد الخالق، 2003) ومقياس الاكتئاب (د) للصغار (كوفاكس، 1985)، مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال (ترجمة عبد العزيز ثابت)، وبعد ذلك قامت الباحثة باستخدام القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من تأليف (عبد الخالق، 1991)، والذي قام بتقنينه على البيئة العربية السورية كلٌ من (عبد الخالق ورضوان، 1999).

6-4-1-1- وصف المقياس: تألفت القائمة في صيغتها الأولية من (51) بنداً، على شكل عبارات تصف أحد الأعراض الاكتئابية، وبعد عدة مراحل وصل إلى (27) عبارة في صيغته النهائية، وللقائمة صدق ظاهري جيد، واتساق داخلي، واستقرار مرتفع عبر الزمن، وصدق مرتبط بالمحك على عينات مصرية وكويتية، وللقائمة كذلك ثبات مرتفع. (عبد الخالق، 2000، 412)، وقد قام بتقنين القائمة على المجتمع السوري كل من (عبد الخالق ورضوان، 1999) على عينة بلغت (ن=701) ، وقد تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة، وتوزعت البنود (27) على سبعة عوامل: الاكتئاب العام، مشكلات النوم، انتفاء الوحدة، ضعف التركيز، الإجهاد، انتفاء التوقعات السلبية، والتشاؤم وكره النفس، وهناك تسعة عشر بنداً منها تعد مؤشرات إيجابية للاكتئاب (مثل: أنا حزين)، في حين أن ثمانية منها تعد مؤشرات سلبية للاكتئاب (مثل: أشعر بالسعادة). وكشفت القائمة عن خصائص سيكومترية جيدة، إذ تتصف باتساق داخلي مقبول، حيث إنه لم يزد أي معامل ارتباط بين البنود عن (0.06) فيبدو أن القائمة لا تشتمل على حشو أو تكرار أو إسهاب بين البنود، ومن ناحية أخرى تشير النتائج إلى ارتفاع معاملات ثبات ألفا كرونباخ (فوق 0.84) لدى الجنسين فهي ذات اتساق داخلي بين البنود، وثبات مرتفع كما قيس على عينات سورية، كما تتسم القائمة بصدق مرتبط بالمحك مرتفع على عينات سورية بلغ (0.475) (دال عند مستوى 0.0001)، حيث استخرجت معاملات ارتباط دالة إحصائياً بين الدرجات عليها وعلى قائمة اكتئاب الأطفال من وضع (كوفاكس) في صيغتها المعربة (عبد الخالق ورضوان، 1999، 31). (انظر الملحق رقم 4)

6-4-1-2- التعليمات وطريقة التصحيح: أعدت تعليمات المقياس بطريقة توضح الهدف منه وطريقة

الإجابة عنه، والمدة الزمنية لاختيار بديل الإجابة الذي يعكس مشاعر الطفل وأن تتم الإجابة بسرعة. وبالنسبة لطريقة التصحيح: فتعطى الدرجات (3،2،1) في البنود التي تعد مؤشرات سلبية للاكتئاب، وهي البنود (1،3،8،12،17،21،25،27)، بينما تعكس الدرجات درجات وتصبح (1،2،3) على التوالي في البنود التي تعد مؤشرات إيجابية للاكتئاب، وهي البنود المتبقية، وبعد ذلك تجمع الدرجات على المقياس ومجموع الدرجات هو درجة الطفل على مقياس القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، بحيث إذا حصل الطفل على درجة أعلى من/53 / دل على وجود أعراض اكتئاب أكثر.(وتتراوح الدرجات بين /27/ و/81/ ومن تزيد درجته عن /53/ يعاني من أعراض اكتئابية شديدة)

6-4-2- مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى الشباب المصابين بداء السكري:

بعد الاطلاع على مجموعة من المقاييس التي تقيس نوعية الحياة، مثل مقياس نوعية الحياة للمصابين بداء السكري (Jacobson et al., 1988)، النموذج المتعدد لقياس نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري والقائمين على رعايتهم (Varni, 1998)، مقياس نوعية الحياة في الطفولة (Gombridge, 2008)، مقياس نوعية الحياة لداء السكري (Bradley et al., 1999)، المقياس المختصر لنوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOLBREF, 1996)، وبعدها تم الاعتماد على المقياس المعدل لنوعية الحياة لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري من إعداد غاري أنغرسول وديفيد مارور (Ingersoll and Marrero, 1991) ، وقد قامت الباحثة بالاعتماد على هذا المقياس لمناسبته للعينة المدروسة (المصابين بداء السكري) ضمن الفئة العمرية (10-18) سنة بالإضافة إلى ملائمته ووضوح تعليماته وبنوده، وكونه يعتمد على التقرير الذاتي للطفل نفسه، وليس موجهاً لأحد القائمين على رعايته.

6-4-2-1- وصف المقياس: قام الباحثان أنغرسول ومارور عام (1991م) بتعديل مقياس نوعية الحياة للمصابين بداء السكري (النمط الأول) والذي تم بناؤه للراشدين (ولم تتمكن الباحثة من الحصول على نسخة منه)، ليتم استخدامه للفئة العمرية (10–18) سنة، وقد تمت مراجعة بنود المقياس الأصلي بشكل مستقل من قبل أخصائي الأطفال المصابين بداء السكري، ممرضات، أخصائي خدمة اجتماعية وأخصائي علم نفس تربوي، وجميعهم كانوا يعملون في مجال رعاية الأطفال المصابين بداء السكري ومن خلال التحليل المبدئي لهذه الأداة فقد حذفت البنود ذات القيمة المحدودة بالنسبة لمرحلة الطفولة والمراهقة مثل" هل تشعر بالقلق حيال فقدانك للتأمين"، كذلك فقد تم إضافة بعض البنود المتعلقة بالحياة

المدرسية والأقران، وبعد ذلك تم تطبيق الأداة على عينة استطلاعية تتألف من (15) مصاب بداء السكري من عمر (10–18) سنة في مستشفى رايلي (Riley Hospital)، ومن خلال هذا التطبيق فقد تم تبسيط البنود بشكل أكثر ملائمة، بالإضافة إلى ذلك فإن المفتاح الأصلي للإجابة كان مشوش للأطفال، لذلك تم تعديله إلى مفتاح خماسي.

ومنه أصبحت الأداة تتألف من ثلاثة مقاييس فرعية (انظر الملحق رقم 5)، ويبين الجدول رقم (8) هذه المقاييس وعدد بنود كل مقياس.

الجدول (8) المقاييس الفرعية التي يتكون منها مقياس أنديانا لنوعية الحياة

المقاييس الفرعية	البنود
مقياس الرضا عن الحياة	1–17
مقياس تأثير الإصابة بداء السكري	1–23
مقياس القلق المتعلق بداء السكري	1–11

وبالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس، فتبين أن ثبات ألفا كرونباخ للمقاييس الثلاثة هو (0.85) لمقياس الرضا عن الحياة، و(0.83) لمقياس تأثير داء السكري، و(0.82) لمقياس القلق المتعلق بداء السكري.

ولهذا المقياس ترجمات عديدة، ولحد عام (2009) فإن هذه الأداة تم ذكرها في أكثر (151) مقالة، وتم استخدامها في سياقات مختلفة من الأبحاث.

6–4–2–2– ترجمة مقياس نوعية الحياة: قامت الباحثة بترجمة المقياس المستخدم، من اللغة الانكليزية إلى اللغة العربية، وبعد تدقيقه مع المشرفة على البحث، للتأكد من صدق الترجمة والصياغة اللغوية المناسبة لمفردات البنود (انظر الملحق رقم 6)، عرض على مجموعة من المحكمين، وسيتم شرح ذلك ضمن صدق الأداة، في الدراسة الاستطلاعية.

6–4–2–3– التعليمات وطريقة التصحيح: تتضمن التعليمات الإشارة لقراءة البنود بعناية، واختيار البديل الذي يعكس وجهة النظر الشخصية، بالإضافة إلى توضيح بدائل الإجابة والدرجات الموافقة لها وبالنسبة لطريقة التصحيح: فإن كل مقياس يتم جمع درجاته بشكل بسيط، فبالنسبة لمقياس الرضا عن الحياة، وضعت الدرجات بالترتيب (1،2،3،4،5) لبدائل الإجابة (راضٍ جداً، راضٍ، محايد، غير راضٍ غير راضٍ جداً)، وبالنسبة لكل من مقياس تأثير الإصابة ومقياس القلق المتعلق بداء السكري فوضعت

الدرجات بالترتيب (5،4،3،2،1) لبدائل الإجابة (لا، نادراً، درجة متوسطة، كثيراً، كثيراً جداً)، وكلما ارتفعت الدرجة على كل من هذه المقاييس دل ذلك على انخفاض في إحدى مجالات نوعية الحياة المقاسة، وبعد ذلك يتم جمع الدرجات على المقاييس الثلاثة، فتكون الدرجة الكلية هي الدرجة على مقياس نوعية الحياة، وكلما ارتفعت الدرجة الكلية دل ذلك على انخفاض في نوعية الحياة (وتتراوح الدرجات بين /56 / و/280/، ومن تزيد درجته عن /123/ يعاني من نوعية حياة منخفضة).

6-4-3- استمارة البيانات:

قامت الباحثة بتصميم هذه الاستمارة (انظر الملحق رقم 2)، وتضمنت مقدمة تحتوي على تعليمات عامة، للإجابة عن الاستمارة والمقاييس التالية، والتأكيد على سرية المعلومات وأهميتها للبحث العلمي وتضمنت هذه الاستمارة أيضاً مجموعة من الأسئلة (مثل: عدد مرات دخولك إلى المستشفى منذ إصابتك بالسكري)، وتمت الاستفادة من الدراسات التي أجريت ضمن هذا المجال، وأهم المتغيرات التي تم تناولها فيها، وبذلك تم تصميم هذه الاستمارة بصيغتها المبدئية، والقيام بتعديلها بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية وسيتم شرح ذلك ضمن إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

6-5- متغيرات البحث:

تتضمن متغيرات البحث كل من الجنس، العمر، مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى، وجود أفراد في الأسرة مصابين بداء السكري، مضاعفات داء السكري، ويوضح الجدول رقم (9) هذه المتغيرات.

الجدول رقم (9) متغيرات البحث

متغيرات البحث	
الجنس	ذكور
	إناث
العمر	10-12 سنة
	13-15 سنة
	16-18 سنة

متغيرات البحث	
مدة الإصابة	أقل أو يساوي سنة.
	أكثر من سنة.
عدد مرات الدخول للمشفى	≥ ٣ مرات
	> ٣ مرات
وجود أفراد في الأسرة مصابين بداء السكري	لا يوجد مصابين بداء السكري.
	يوجد مصابين بداء السكري (والدين، أخوة، أقارب يعيشون معهم في المنزل)
المضاعفات الحادة داء السكري	وجود مضاعفات (حالات ارتفاع السكر بالدم، حالات انخفاض السكر بالدم، حالات الحماض الكيتوني)
	عدم وجود مضاعفات.

6-6- الدراسة الاستطلاعية: قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية قبل القيام بالتطبيق الميداني لأدوات الدراسة وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

1. التأكد من وضوح تعليمات أدوات البحث وبنودها وسهولة فهمها من قبل المفحوصين.
2. تحديد المدة الزمنية التي يستغرقها تطبيق هذه الأدوات.
3. التأكد من سلامة العبارات وفهمها من قبل الأطفال.
4. إجراء التعديلات الملائمة على استمارة البيانات، ومقياس نوعية الحياة، القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.
5. الوقوف عند أهم الصعوبات التي يمكن أن تنشأ أثناء التطبيق الأساسي ومحاولة تلافيها.

1-6-6- العينة الاستطلاعية

طبقت الأدوات على عينة استطلاعية من الأطفال من الأعمار (10-18) سنة، حيت تم الرجوع إلى

سجلات الأطفال المسجلين في كل من مركز الثامن من آذار الصحي، ومركز محمد الأشمر الصحي وتم الاتصال بمجموعة من الأطفال وتحديد موعد للاجتماع معهم ضمن كل مركز، وبلغ حجم العينة الاستطلاعية (30) طفل (13) ذكور و(17) إناث (وقد شكل بعض أفراد العينة الاستطلاعية جزءاً من العينة الأساسية للبحث).

وقد تم توزيع الأدوات على الأطفال، وإعطاؤهم التعليمات اللازمة والإجابة عن أي استفسار يطرح بخصوص البنود، وقد تبين أثناء هذا التطبيق ما يلي:

1- القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: أن جميع بنود القائمة العربية لاكتئاب الأطفال كانت واضحة للعينة، فكانت هناك أسئلة قليلة جداً حول هذه القائمة، والتي كانت تجيب عنها الباحثة، مما يدل على بساطة القائمة ووضوحها، باستثناء البند الثاني من القائمة " أشعر بالخمول" حيث تم الاستفسار عنه بكثرة، لذلك تم شرحه بوضع كلمة " الكسل"، أما بالنسبة لوقت تطبيق القائمة فقد تم تعيير الوقت الذي احتاجه الأطفال للإجابة عن البنود، فقد تبيّن أنَّ المدة الزمنية اللازمة للإجابة عن بنوده (10) دقائق.

2- مقياس نوعية الحياة: كانت هناك بعض الاستفسارات وبخاصة في مقياس الرضا عن الحياة، وقد قامت الباحثة بالإجابة عن هذه الأسئلة وشرح بعض البنود، ووجدت أنه ليس من الضروري استبدالهم أو شرحهم أكثر لأن الغالبية العظمى من المفحوصين فهموا المعنى، ولم يجدوا صعوبة لوضوح التعليمات ووجود الأمثلة التي توضح طريقة الإجابة، ووضوح البنود، وكانت المدة الزمنية اللازمة للإجابة عن بنوده حوالي (20) دقيقة.

3- استمارة البيانات: كانت هناك بعض التعديلات على هذه الاستمارة ويمكن تلخيصها وفق ما يلي:

3-1- تم اختصار السؤال "مدة الإصابة منذ تاريخ تشخيصك بالمرض" إلى "تاريخ تشخيصك بالسكري" حيث سبب هذا السؤال إرباك في الإجابة وعدم الفهم.

3-2- حذف سؤال "كم كان عمرك عندما عرفت أنك تعاني من السكري" لعدم وجود أهمية أو حاجة كبيرة له فيما بعد.

3-3- بالنسبة لسؤال "هل أحد أفراد أسرتك مصاب بداء السكري" فقد تم إضافة خيار "لا يوجد"، وحذف

سؤال "ما هو عدد أفراد أسرتك المصابين بالسكري" وذلك لعدم القدرة على تحديد العدد الحقيقي للمصابين بالسكري من العائلة.

3-4- لقد تم شرح أعراض المضاعفات التي يعانيها الطفل المصاب بداء السكري. (انظر الملحق رقم3)

6-6-2- دراسة صدق أدوات البحث:

6-6-2-1- الصدق للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال: لقد تم تقنين هذه الأداة على المجتمع السوري (1999)، وقد تم استخدامها في الكثير من الدراسات، وتتميز هذه الأداة بالوضوح في صياغة العبارات وببساطتها، بالإضافة إلى فعاليتها في قياس ما يجب أن تقيسه" وهو الاكتئاب"، ولكن قامت الباحثة بحساب معاملات صدق هذه القائمة من خلال الدراسة الاستطلاعية ضمن هذه الدراسة.

6-6-2-1- 1-الصدق التمييزي: لمعرفة قدرة القائمة على التمييز بين ذوي الدرجات العليا وذوي الدرجات الدنيا، فقد بلغت (t. Test) 14.382 وهي دالة لإن قيمة 0.00<0.05، إذاً يوجد صدق تمييزي للقائمة.

6-6-2-1-2- الصدق الذاتي: يقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار ويساوي (0.880) (انظر ص 116)، وبعد حساب الصدق الذاتي للمقياس، كانت النتيجة هي (0.938) وهي دالة ممّا يشير إلى صدق القائمة.

6-6-2-2- الصدق لمقياس نوعية الحياة: وقد استخدمت الباحثة للتأكد من صدق المقياس، وفعاليته في قياس ما يجب أن يقيسه ما يلي:

6-6-2-2-1- صدق المحتوى: تم عرض المقياس وذلك بعد ترجمته على مجموعة من المحكمين المتخصصين (انظر الملحق رقم 1)، وذلك للتحقق من صدق مضمون عبارات المقياس واتساقها مع التعريف الإجرائي لنوعية الحياة، وصياغته اللغوية الملائمة، ووضوح بنوده، وفهم العبارات، ودقة الترجمة، وقد اعتمدت الباحثة على إجراء التعديلات المتفق عليها بين المحكمين بما يزيد عن (60%) بالإضافة إلى بعض الملاحظات التي تم الأخذ بها لأهميتها.

مجموع الملاحظات التي تم تعديلها على النسخة المترجمة من المقياس:

1- صياغة تعليمات المقياس بطريقة أكثر وضوحاً.

2- وضع مثال في مقدمة كل مقياس من أجل توضيح طبيعة المقياس، وشرح بدائل الإجابة وفق هذه الأمثلة.

3- استبدال بدائل الإجابة، وتم عرضها في الجدول رقم (10).

الجدول رقم (10) التعديلات على بدائل الإجابة للمقياس

المقياس	مقياس الرضا عن الحياة					مقياسي تأثير الإصابة والقلق المتعلق بداء السكري				
بدائل الإجابة	راضٍ جداً	راضي باعتدال	حيادي	مستاء باعتدال	مستاء جداً	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
التعديلات	راضٍ جداً	راضٍ	محايد	غير راضٍ	غير راضٍ جداً	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً

4- إعادة صياغة لغوية لعبارات المقياس، وتعديل في بعض عبارات المقياس لتصبح أكثر مناسبة للبيئة العربية (انظر المقياس النهائي في الملحق رقم7)، ويوضح الملحق رقم (8) التعديلات على بنود المقياس.

6-6-2-2-2- الصدق الذاتي: يقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار ويساوي (0.927) (انظر ص 116)، وبعد حساب الصدق الذاتي للمقياس كانت النتيجة هي (0.926) وهي دالة ممّا يشير إلى صدق المقياس.

6-6-3- دراسة ثبات أدوات البحث:

6-6-3-1- الثبات لمقياس القائمة العربية لاكتئاب الأطفال:

6-6-3-1-1- ثبات التجزئة النصفية: تم حساب ثبات القائمة بطريقة التجزئة النصفية، بدلاً من الثبات بطريقة الإعادة، وذلك لعدم قدرة جميع الأطفال على العودة مرة ثانية للمركز للإجابة على بنود المقاييس.

وبعد تقسيم القائمة إلى قسمين متوازيين بلغ معامل جوتمان للتجزئة النصفية (0.864) وهذه القيمة دالة ويمكن الوثوق بها، وبلغ معامل سبيرمان_ براون بعد التصحيح (0.867) وهذه القيمة دالة ويمكن الوثوق بها.

6-6-3-1- 2- حساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ: بلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ (0.880)، وهذه القيمة دالة إحصائياً، ويمكن الوثوق بها.

6-6-3-2- الثبات لمقياس نوعية الحياة: لقد تم حساب الثبات لمقياس نوعية الحياة، وكذلك للمقاييس الفرعية، وذلك وفق ما يلي:

6-6-3-2-1- ثبات التجزئة النصفية: لقد بلغ معامل ثبات جوتمان للتجزئة النصفية لمقياس نوعية الحياة (0.923) وهذه القيمة دالة ويمكن الوثوق بها، وبالنسبة للمقاييس الفرعية فقد بلغ معامل جوتمان لمقياس الرضا عن الحياة (0.886) ولمقياس تأثير الإصابة بداء السكري (0.825) ولمقياس القلق (0.889)، وكل هذه القيم دالة ويمكن الوثوق بها.

وبالنسبة لمعامل سبيرمان–براون بعد التصحيح فقد بلغ لمقياس نوعية الحياة (0.923) وهذه القيمة دالة ويمكن الوثوق بها، وبلغ معامل سبيرمان_ براون للمقاييس الفرعية على التوالي (0.893) (0.832) و (0.891) وكل هذه القيم دالة ويمكن الوثوق بها.

6-6-3-2-2- حساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ: بلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ (0.927) وهذه القيمة دالة، ويمكن الوثوق بها، وبالنسبة للمقاييس الفرعية فقد بلغ ألفا كرونباخ لمقياس الرضا عن الحياة (0.876) ولمقياس تأثير الإصابة بداء السكري (0.812) ولمقياس القلق المتعلق بداء السكري (0.777) وكل هذه القيم دالة ويمكن الوثوق بها.

6–7– إجراءات البحث: أثناء إنجاز البحث قامت الباحثة بمجموعة من الإجراءات، متسلسلة وفق ما يلي:

– **اختيار أدوات البحث:** قامت الباحثة بالاطلاع على مجموعة من المقاييس التي تقيس نوعية الحياة المقاييس التي تقيس نوعية الحياة العامة مثل مقياس منظمة الصحة العالمية، ومقاييس نوعية الحياة المحددة، والتي تكون موجهة إلى أمراض محددة مثل (الصرع، الربو، السرطان ... الخ)، وكانت موجهة لمجموعات عمرية مختلفة، ولقد استغرق بعض الوقت حتى تم العثور على المقياس المناسب، والذي يقيس

نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري، هو من إعداد غاري أنغرسول وديفيد مارور وكان هذا المقياس يحتاج إلى ترجمة وتحكيم ليناسب البيئة العربية، واعتماد القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من إعداد أحمد محمد عبد الخالق، وإعداد استمارة خاصة لجمع البيانات المطلوبة.

- **اختيار العينة الاستطلاعية:** تم اختيار مركزين لتطبيق أدوات البحث على عينة استطلاعية من الأطفال المصابين بداء السكري، وتم بالاتصال بمجموعة من الأطفال المرتادين على هذين المركزين.

- **المجتمع الأصلي للبحث:** لم تجد الباحثة أي إحصائية لأعداد الأطفال المراجعين للعيادة السكرية في مراكز العيادات الشاملة، لذلك قامت بعمل هذه الإحصائية، وذلك بحساب عدد الأطفال المترددين على العيادات التخصصية للسكري ضمن المراكز الصحية في مدينة دمشق.

- **اختيار العينة الأساسية:** بعد الحصول على سجلات الأطفال المترددين لمراكز العيادات الشاملة في مدينة دمشق، كان الهدف في البداية أن تكون عينة البحث ممثلة للمجتمع الأصلي، وذلك بالاتفاق مع الدكتورة المشرفة لصغر المجتمع الأصلي للبحث، ونتيجة الصعوبات في الدراسة الاستطلاعية لعدم قدوم الكثير من الأطفال، لذلك فقد تم الاتصال بجميع الأطفال المسجلين في هذه المراكز؛ وتم القيام بتحديد تاريخ معين للاجتماع بهم لتطبيق أدوات البحث.

- **تطبيق أدوات البحث:** تمت عملية التطبيق وفق الخطوات الآتية:

- تمت زيارة جميع المراكز في مدينة دمشق، وقد بلغت تسعة مراكز صحية، وتم الاطلاع على سجلات الأطفال المراجعين لهذه المراكز، وتم تحديد المجتمع الأصلي للدراسة البالغ عدده (308).

- الاتصال بجميع الأطفال من عمر (10–18) سنة، أي الاتصال بجميع أفراد المجتمع الأصلي وتحديد تاريخ ووقت للاجتماع بهم، وفي بعض المراكز تم تحديد أكثر من موعد ليناسب بعض الأطفال.

- الاجتماع بهؤلاء الأطفال في قاعة المحاضرات ضمن كل مركز، مع ممرضة مختصة بداء السكري وذلك لتلافي أي مشكلة صحية قد يواجها هؤلاء الأطفال.

- توزيع المقاييس على الأطفال، وقراءة تعليمات المقاييس بعناية، وإبداء الاستعداد للإجابة عن أي تساؤل أو استفسار قد يتم طرحه من قبلهم.

6-8- صعوبات البحث: من خلال عملية تطبيق هذه الإجراءات كانت هناك مجموعة من الصعوبات منها:

1- تم تطبيق الأدوات في فترتين مختلفين، سواء أثناء الدراسة الاستطلاعية أو أثناء تطبيق أدوات البحث على العينة الأساسية، أثناء المدرسة وفي فترة الصيف، وفي كلتا الفترتين كانت هناك صعوبات تعذر بسببها قدوم بعض الأطفال، سواء للانشغال بالمدرسة والامتحانات، أو أثناء الإجازة الصيفية وسفر بعض الأطفال.

2- عدم التزام بعض الأطفال بالمواعيد التي تحدد والتأخر بالمجيء.

3- الاتصال بجميع الأطفال المسجلين في هذه المراكز، وهذا كلف جهد ووقت، ومن خلال الاتصالات كانت هناك بعض الصعوبات مثل بعض الأرقام الهاتفية خاطئة، أو عدم قدرة الطفل أو الطفلة على القدوم لسبب من الأسباب (مثل مشكلة صحية أو انشغال بالدراسة أو عدم وجوده أصلاً)، عدم الإجابة عن بعض الاتصالات الهاتفية.

الفصل السابع:

7. نتائج البحث "عرضها، تحليلها، وتفسيرها"

توطئة.

7-1 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى وتفسيرها.

7-2 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية وتفسيرها.

7-3 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة وتفسيرها.

7-4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة وتفسيرها.

7-5 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة وتفسيرها.

7-6 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة وتفسيرها.

7-7 النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة وتفسيرها.

7-8 النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة وتفسيرها.

7-9 النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة وتفسيرها.

7-10 مدى تحقق أهداف البحث.

7-11 تعليق على نتائج البحث الحالي والدراسات السابقة.

7-12 مقترحات البحث.

- توطئة:

في هذا الفصل تم عرض فرضيات البحث ونتائجها، ومن ثم مناقشتها وتفسيرها، في ضوء نتائج الدراسات السابقة، وفي النهاية تم معرفة مدى تحقق أهداف البحث، وكذلك طرح مقترحات للبحث.

7-1- النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى وتفسيرها:

تنص الفرضية الأولى على أنه: **لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)، ويتفرع عنها:**

7-1-1- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين الرضا عن الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

7-1-2- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى تأثير الإصابة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

7-1-3- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين القلق المتعلق بداء السكري؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

ومن أجل التحقق من صحة الفرضية الأساسية والفرضيات الفرعية، قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط سبيرمان كما هو مبين في الجدول (11)

الجدول (11) معاملات الارتباط سبيرمان بين كل من الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة

المتغيرات	معامل الارتباط سبيرمان	الدلالة
الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة.	0.535	0.000
الأعراض الاكتئابية والرضا عن الحياة.	0.592	0.000
الأعراض الاكتئابية وتأثير الإصابة بداء السكري.	0.432	0.000
الأعراض الاكتئابية والقلق المتعلق بداء السكري.	0.375	0.000

ومن الجدول (11) نجد أن قيمة معامل الارتباط سبيرمان بين الأعراض الاكتئابية، وبين نوعية الحياة بلغت (0.535) وهي دالة عند (0.05)، وبالتالي نجد أن هناك ارتباطاً سلبياً بين الأعراض الاكتئابية وبين نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري، أي كلما زادت الأعراض الاكتئابية كلما انخفضت نوعية الحياة، أي أن زيادة الأعراض الاكتئابية تؤثر سلباً على نوعية الحياة (إن الدرجة المرتفعة مقياس الاكتئاب تشير إلى وجود أعرض اكتئابية شديدة، والدرجة المرتفعة على مقياس نوعية الحياة تشير إلى نوعية حياة منخفضة).

.القرار: ترفض فرضية العدم وتقبل الفرضية البديلة؛ أي توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، ونوعية الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

ومن الجدول (11) كذلك نجد أن قيم معامل الارتباط بين الأعراض الاكتئابية، وبين كل من الرضا عن الحياة، مدى تأثير الإصابة الداء السكري، والقلق المتعلق بداء السكري، بلغت على التوالي (0.592) (0.432) و (0.375) وهي جميعها دالة عند (0.05)، وتوجد علاقة دالة سلبية بين هذه المتغيرات، أي كلما زادت الأعراض الاكتئابية، انخفض الرضا عن الحياة، وزاد تأثير الإصابة بداء السكري، وزاد القلق لدى الأطفال المصابين بداء السكري.

.القرار: ترفض فرضيات العدم وتقبل الفرضيات البديلة؛ أي:

- توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين الرضا عن الحياة.
- توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى تأثير الإصابة بداء السكري.
- توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين القلق المتعلق بداء السكري.

يؤثر داء السكري بشكل هام على حياة المصابين به، وارتبطت الإصابة به مع الإصابة باضطرابات المزاج مثل الاكتئاب، وقد أظهرت عدة دراسات زيادة في انتشار الاضطرابات النفسية لدى المراهقين المصابين بداء السكري وبخاصة الاكتئاب (Dantzer et al., 2003)، فالطفل المصاب بداء السكري تحدث في حياته تغييرات كثيرة، تتطلب منه تنظيم حياته وهذا ينعكس على نوعية حياته ويؤثر بدوره على

مزاجه؛ فانخفاض مقدار رضا الطفل عن حياته عموماً، وقلقه المتعلق بمرضه والصعوبات التي يواجهها في ضبط مستوى سكر الدم والإجراءات العلاجية المتبعة والقيود المتعلقة بالحمية كل هذه الأمور قد تزيد من احتمال إصابة الطفل بالاكتئاب، ففي دراسة (Grey et al., 1998) تبين أن المراهقين المصابين بداء السكري كانوا أقل شعوراً بالرضا، ويشعروا أن المعالجة كانت صعبة بالنسبة إليهم، بالإضافة إلى أنهم استخدموا بعض استراتيجيات التكيف غير الفعالة (المتمردة) فكان لديهم أعراض اكتئابية أكثر.

وقد أظهرت عدة دراسات مثل (Daviss, 1995) (Ciechanowski, 2003) (Elizabeth, 2004) ارتباطاً بين الاضطرابات النفسية ومن ضمنها الاكتئاب وبين عدم التمسك بالحمية الغذائية، التمرينات الرياضية، ضبط سكر الدم، الامتثال للتوصيات الطبية، وضعف في نوعية الحياة لدى المصابين بالنمط الأول من داء السكري، وبناء على ما تم ذكره في الجانب النظري أن المصابين بداء السكري يعانون من خطر مضاعف للإصابة بالاكتئاب، بالمقارنة مع الذين لا يعانون من داء السكري (راجع ص82)، ويبدو أن علاج الاكتئاب يساعد في تدبير كل من أعراض الاكتئاب والسكري وهذا يساهم في تحسين نوعية الحياة وهذا ما أشارت له دراسة (Kirkman and Hickmott, 2006, 7)، بالإضافة إلى تأكيد دور عامل الوقاية من الاكتئاب في تحسين نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري.

وهناك مجموعة من التبدلات والتغييرات الجديدة التي تحدث في حياة الطفل المصاب بداء السكري والتي قد تفرض عليه عدداً من القيود والضغوط (مثل: تنظيم موعد وجبات الطعام وكميتها، تحديد مواعيد لجرعات أخذ الأنسولين وتكيفيها مع كمية الطعام والجهد، الزيارة المستمرة للأطباء لمراقبة تحاليل سكر الدم وإجراء الفحوصات الطبية، التقليل من بعض أنواع الأطعمة....الخ)، وهذا يتطلب منه التكيف مع كل ما سبق، وبالتالي فهو يحتاج إلى الوقت والدعم والوعي الأسري الذي يساعده في تجاوز هذا الأمر وقد يترافق هذا أيضاً مع بعض المشكلات والصعوبات (الشخصية، الاجتماعية، الانفعالية...)، وقد تظهر لديه عدد من الأعراض الاكتئابية (والتي قد تكون نتيجة لسوء ضبط السكر الدم)، ومما سبق يبدو أن مختلف نواحي حياته تتأثر؛ وبالتالي فإن انخفاض نوعية حياته، يصبح أمراً مفهوماً وفق هذه الرؤية وهذا ما أكدته الدراسات التي تمت الإشارة إليها مسبقاً، فالارتباط بين ظهور الأعراض الاكتئابية وانخفاض نوعية حياة الطفل المصاب بداء السكري، بما يشمل ذلك (شعوره بعدم الرضا، تأثير الإصابة بالسكري على حياته، بالإضافة إلى مشاعر الخوف التي تنتابه)، بالإضافة إلى أن العلاج يمكن أن

يؤدي إلى طلبات إضافية مثل إعادة تعليم شاملة، الحقن اليومي بالأنسولين المراقبة المستمرة لمستوى سكر الدم، إجراء تعديلات مناسبة لوجبات الطعام والتمارين وجرع الأنسولين، ومن المتوقع أن يؤثر ذلك على نوعية الحياة وبدوره يقلل من رغبة المصابين بإتباع التعليمات العلاجية.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية بالنسبة لهذه الفرضية في وجود ارتباط سلبي بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة، مع نتائج دراسة كل من دراسة (Grey et al., 1998)، (Goldney et al., 2004)، (Sulli et al., 2009) و (Nansel et al., 2008)، ولم تختلف مع أي من الدراسات الموجودة ضمن هذه الدراسة.

وقد وجدت عدة دراسات مثل دراسة (Hood et al., 2006) (Hislop et al., 2007) و (Robert Loara et al., 2006) ارتباطاً بين الضبط الضعيف لمستوى لسكر الدم، وبين وجود مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية، ولم تؤكد هذه النتيجة في دراسات أخرى مثل دراستي (Ciara McDonnell et al., 2007) (Shafiee et al., 2005)، بالإضافة إلى أن الباحثون وجدوا ارتباطاً بين الضبط الضعيف لسكر الدم وانخفاض نوعية الحياة، وهذه ما أكدته كل من الدراسات (Robert Loara ,. et al 2006)(Guttmann-Bauman et al., 1998) (Hoey et al., 2001) بالإضافة إلى ارتباط المستوى المنخفض لخضاب الدم مع رضا عالٍ عن الحياة، ضعيف في تأثير داء السكري، مخاوف قليلة، وإدراك جيد للصحة (Hoey et al., 2001)، وتبين أن المراقبة الدورية لنوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالسكري مهم وضروري وله تأثيرات إيجابية على سعادتهم النفسية ماعدا أولئك الذين لديهم سوء ضبط لسكر الدم (Maartjede wit et al., 2008).

تبين من خلال الدراسات السابقة أن هناك ارتباطاً بين الضبط الضعيف لسكر الدم، وكل من الأعراض الاكتئابية وانخفاض نوعية الحياة بكل مناحيها، وهذا قد يدل على الارتباط بين ازدياد الأعراض الاكتئابية وانخفاض في نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري.

7-2- النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية وتفسيرها:

تنص الفرضية الثانية على أنه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير الجنس؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (مان ويتني Mann Witney) لدلالة الفروق بين المتوسطات وجاءت النتائج كما في الجدول (12).

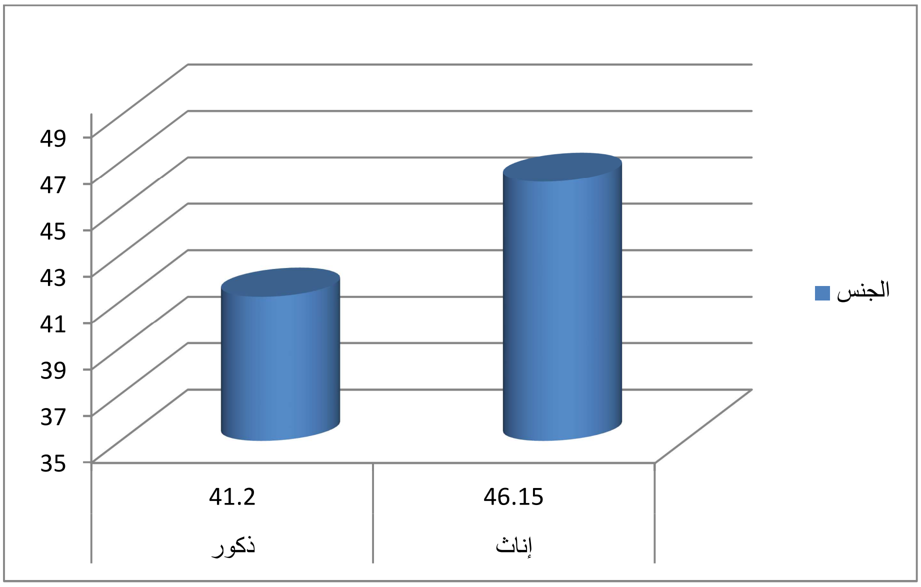
الجدول (12) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفرق بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في الأعراض الاكتئابية

المتغيرات	جنس الطفل	العدد	المتوسّط	الانحراف المعياري	مان ويتني	الدلالة
الأعراض الاكتئابية	ذكور	45	41.20	7.829	782.500	0.02
	إناث	55	46.15	8.910		

بلغت قيمة (مان ويتني=782.500) للأعراض الاكتئابية، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث (م الإناث= 46.15 ، م الذكور= 41.20) لصالح الإناث، أي أن الإناث لديهم أعراض اكتئابية أكثر من الذكور؛ حيث يبين الشكل (7) متوسط الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير الجنس.

.القرار: ترفض فرضية العدم وتقبل الفرضية البديلة؛ أي توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً متغير الجنس؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري(النمط الأول).

يرتكز تفسير هذه الفرضية على أساس علمي، كون أن الكثير من الباحثين وعدة دراسات مثل (دراسة عبد الخالق والديماطي، 2003) أوضحت أن الأعراض الاكتئابية أعلى لدى الإناث بالمقارنة مع الذكور (راجع ص 4)، بالإضافة إلى أنه بعد سن البلوغ تكون نسبة الإصابة 1:2 الإناث إلى الذكور (راجع ص 46).



الشكل رقم (7) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير الجنس

حيث تتأثر الإناث بدرجة أكبر بوجود متطلبات زائدة أو ضغوط حياتية أو قيود، تفرضها الإصابة بداء السكري مثل (المراقبة المستمرة لسكر الدم، الالتزام بالعلاج الطبي، الالتزام بالحمية، الممارسة للتمارين الرياضية، والمراجعة المستمرة للأطباء لإجراء الفحوصات والكشف عن تطور أي تعقيدات طبية ..الخ) بالإضافة إلى الضغوط الناشئة عن التعامل الأسري وظروف التنشئة الاجتماعية، والتغييرات الهرمونية الدورية التي قد يكون لها آثر في ازدياد الأعراض الاكتئابية لدى الإناث، فقد أشارت دراسة (الشديفات، 2007) إلى أن الإناث المصابات بداء السكري يختبرن ضغوطاً نفسية بدرجة أكبر من الذكور.

وقد اتفقت النتائج مع دراسة (Kovacs et al. b, 1997) و(Hood et al., 2006) التي أكدت على زيادة الأعراض الاكتئابية لدى الإناث بالمقارنة مع الذكور، واختلفت مع دراسة (Oesterle et al., 1999) التي لم تظهر ذلك، ولم توجد دراسات عربية تناولت هذا المتغير لدى الأطفال المصابين بداء السكري ليتم المقارنة معها.

7-3- النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة وتفسيرها:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة نوعية الحياة، وفقاً لمتغير الجنس؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (مان ويتني) لدلالة الفروق بين المتوسطات وجاءت النتائج كما في الجدول (13).

الجدول (13) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفرق بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في نوعية الحياة

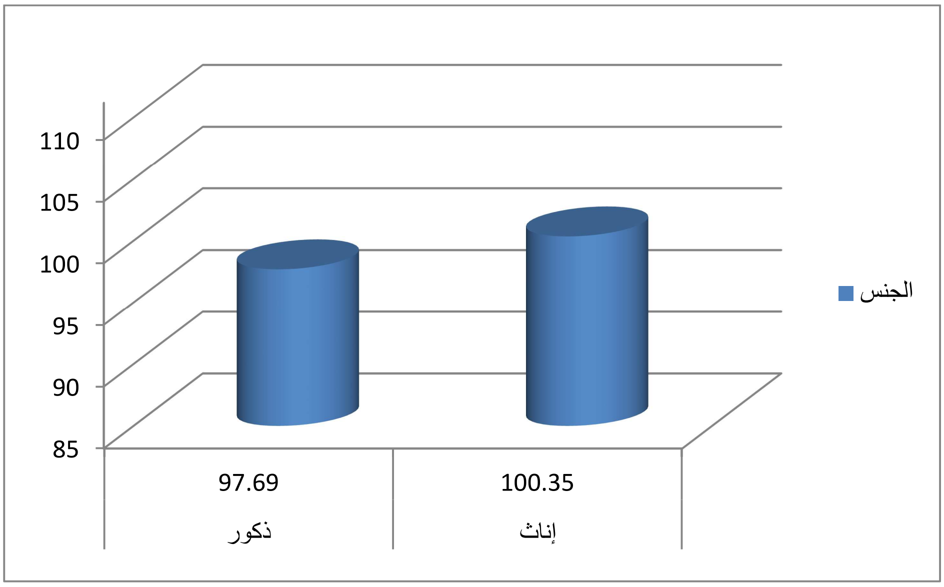
المتغيرات	جنس الطفل	العدد	المتوسّط	الانحراف المعياري	مان ويتني	الدلالة
نوعية الحياة	ذكور	45	97.69	20.493	1218.000	0.892
	إناث	55	100.35	26.997		

بلغت قيمة (مان ويتني= 1218.000) لنوعية الحياة، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة في نوعية الحياة بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث (م الإناث=100.35، م الذكور= 97.69)، حيث يبين الشكل (8) متوسط درجات نوعية الحياة وفقاً لمتغير الجنس.

.القرار: نقبل فرضية العدم وترفض الفرضية البديلة؛ أي لا توجد فروق دالة في درجة نوعية الحياة، وفقاً لمتغير الجنس؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

قد اتفقت هذه النتيجة مع دارسة (سليمان، 2009)، والتي أشارت أيضاً إلى عدم وجود فروق في نوعية الحياة بين الذكور والإناث، لكنها اختلفت مع دراسة (Faulkner, 2003) التي بينت أن نوعية الحياة لدى الإناث المصابات بداء السكري منخفضة بالمقارنة مع الذكور.

ويمكن أن نفسر نتائج هذه الفرضية ضمن إطار أن كل من الذكور والإناث يتعرضون تقريباً للظروف والضغوط ذاتها المرتبطة بالإصابة بداء السكري، من حيث طرق العلاج، الفحوصات ونظم التغذية وغيرها من التأثيرات على مختلف جوانب حياة الطفل الاجتماعية والمدرسية والأسرية، بالإضافة إلى التأثيرات المتعلقة بالجوانب النفسية من مشاعر القلق والانزعاج (وإن كانت التأثيرات النفسية أعلى لدى الأنثى) فكل هذه الأمور قد تساهم في تقارب نوعية الحياة لدى كل من الذكور والإناث.



الشكل رقم (8) متوسط درجة نوعية الحياة وفقاً لمتغير الجنس

7-4- النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة وتفسيرها:

تنص الفرضية الرابعة على أنـه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة لأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير العمر؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي) ويبين الجدول (14) متوسط لدرجات العينة، تبعاً لمتغير العمر(لشرح أساس تقسيم هذا المتغير راجع ص 12).

الجدول (14) متوسط درجات أفراد العيّنة على مقياس الأعراض الاكتئابية تبعاً لمتغيّر العمر

المتغير	العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
الأعراض الاكتئابية	10-12 سنة	24	38.46	4.253
	13-15سنة	49	43.90	7.417
	16-18 سنة	27	48.81	11.042

وقد تم اختبار الفرضية، وظهرت النتائج وفق الجدول (15).

الجدول رقم (15) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي وفقاً لمتغير العمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربّعات	دح	متوسّط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الأعراض الاكتئابية	بين المجموعات	1362.838	2	681.419	10.615	0.000
	داخل المجموعات	6226.522	97	64.191		
	الكلّي	7589.360	99			

يتبين من الجدول السابق أن قيمة ف قد بلغت (10.614) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05)، ومن أجل التعرف إلى مقدار هذه الفروق ومستوى دلالتها والمجموعات التي تظهر فيها هذه الفروق يجب استخدام الاختبارات الإحصائية للمقارنات المتعددة بين المجموعات، ومن أشهر هذه الاختبارات شيفيه.

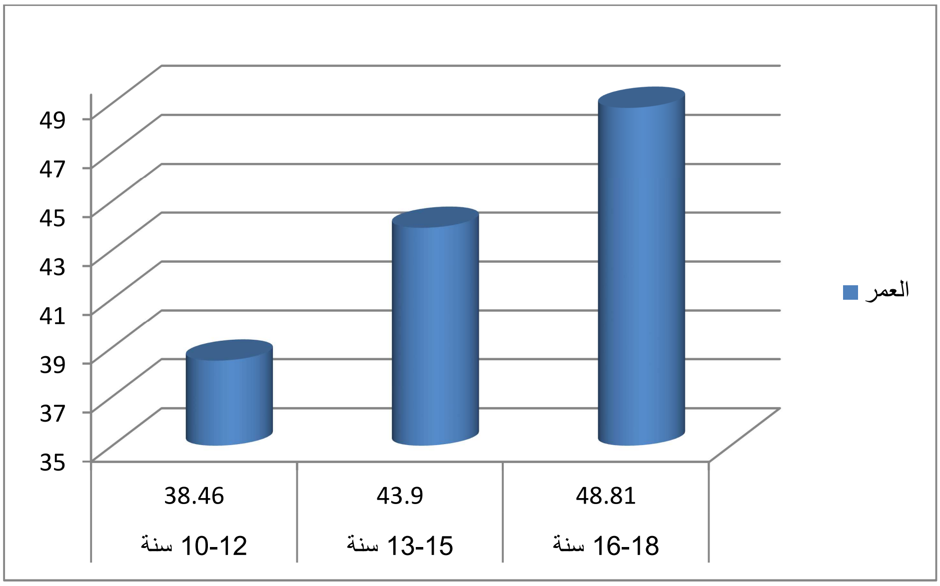
وقد قامت الباحثة بحساب اختبار المقارنات المتعددة (Scheffe) للتعرف إلى مقدار الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها ويبين الجدول (16) النتائج.

الجدول (16) نتائج اختبار (Scheffe) لدلالة الفروق بين درجات متوسطات الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير العمر

المجموعات العمرية		الفرق بين المتوسطين	الدلالة
10–12 سنة	13–15 سنة	5.440–	0.028
	16–18 سنة	10.356–	0.000
13–15 سنة	10–12 سنة	5.440	0.028
	16–18 سنة	4.917–	0.042
16–18 سنة	10–12 سنة	10.356	0.000
	13–15 سنة	4.917	0.042

من خلال الجدول (16) نجد أن جميع الفروق بين متوسطات المجموعات العمرية الثلاثة كانت دالة عند (0.05)، ويبن الشكل (9) متوسط الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير العمر.

. القرار: نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة، أي توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير العمر؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).



الشكل رقم (9) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير العمر

تشير النتائج إلى ازدياد الأعراض الاكتئابية مع العمر، حيث كان أعلى متوسط درجات للأعراض الاكتئابية في مرحلة المراهقة الوسطى (16–18) سنة بمتوسط بلغ قدره (48.81)، ويليه متوسط الدرجات في مرحلة المراهقة المبكرة (13–15) سنة بمتوسط بلغ قدره (43.90)، وأخيرا متوسط الدرجات في مرحلة الطفولة المتأخرة بمتوسط بلغ قدره (38.46)

إن النتائج تتفق مع دراسة (عبد الخالق والديماطي، 2003) والتي تشير إلى أن الاكتئاب يبدأ منخفضاً في العمر(11) سنة ثم يتزايد باطراد حتى عمر(18) سنة، ويعتبر عمر (13) سنة وسيطاً سن البلوغ وإن سن البلوغ يترافق مع الكثير من التغييرات الجسمية والهرمونية والانفعالية والاجتماعية، والتي قد تضيف الكثير من الضغوط بالنسبة إلى الأطفال المصابين بداء السكري، وإلى ما يتعرضون إليه من صعوبات وضغوط تتعلق بطبيعة إصابتهم (مراقبة سكر الدم، التحاليل المستمرة، الحمية...الخ)، وهذا بالنسبة للأعمار (13-15) سنة، أما بالنسبة للفئة العمرية (16-18) سنة، فقد يشكل تدخل الوالدين أوغيرهم بشؤون المراهق (مثلاً قد تؤدي الحماية الزائدة للطفل والرقابة المستمرة والتدخل بأدق تفاصيل مرضه إلى شعوره بالانزعاج والتذمر وخاصة مع تزايد عمره) والذي قد يقابل بالرفض منه، وكل هذا قد

يسهم في زيادة الأعراض الاكتئابية لدى الفئات العمرية (16-18) سنة و(13-15) سنة على التوالي بالمقارنة مع الفئة العمرية (10-12) سنة.

بالإضافة إلى أن زيادة الوعي بطبيعة الداء ومضاعفاته يتزايد مع تقدم عمر الطفل، وهذا قد يسهم بزيادة أعراض الاكتئاب بتطور المرحلة العمرية، حيث كلما كان الطفل صغيراً بالعمر فهو لا يعي مرضه وإصابته وخطورته، وهذا يختلف بالنسبة للأعمار الأكبر فقد يشعرون أنهم عبء على أسرهم، ويقارنون أنفسهم مع أقرانهم غير المصابين، ويبدون تذمراً وإنزعاجاً مستمراً من القيود التي تفرضها إصابتهم بالإضافة إلى القلق والخوف من حصول تغيرات في شكل الجسم أو التأثير المستقبلي (زواج أو إنجاب) وكل هذا يساهم في زيادة الأعراض الاكتئابية لديهم.

7-5- النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة وتفسيرها:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة نوعية الحياة، وفقاً لمتغير العمر لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي) ويبين الجدول (17) متوسط درجات العينة، تبعاً لمتغير العمر.

الجدول (17) متوسط درجات أفراد العيّنة على مقياس نوعية الحياة وفقاً لمتغيّر العمر

المتغير	العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
نوعية الحياة	10–12 سنة	24	89.08	20.436
	13–15سنة	49	98.78	23.691
	16–18 سنة	27	108.15	25.209

وقد قامت الباحثة باختبار الفرضية، وظهرت النتائج وفق الجدول (18).

الجدول رقم (18) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي وفقاً لمتغير العمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربّعات	دح	متوسّط المربعات	ف	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	بين المجموعات	4941.719	2	2470.860	4.516	0.013
	داخل المجموعات	53069.031	97	547.103		
	الكلّي	58010.750	99			

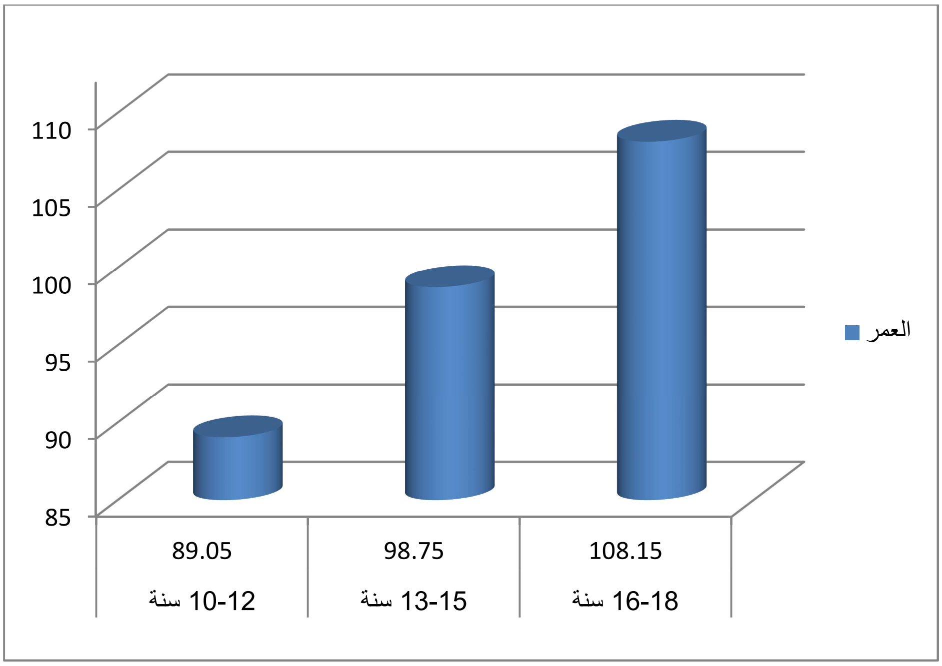
يتبين من الجدول السابق أن قيمة ف قد بلغت (4.516) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وقد قامت الباحثة بحساب اختبار المقارنات المتعددة (Scheffe) للتعرف إلى مقدار الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها ويبين الجدول (19) النتائج.

الجدول (19) نتائج اختبار (Scheffe) لدلالة الفروق بين متوسط درجات نوعية الحياة وفقاً لمتغير العمر

المجموعات العمرية		الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة	القرار
10–12 سنة	13–15 سنة	9.692-	0.256	غير دال عند 0.05
	16–18 سنة	19.694-	0.013	دال عند 0.05
13–15 سنة	10–12 سنة	9.692	0.256	غير دال عند 0.05
	16–18 سنة	10.002-	0.209	غير دال عند 0.05
16–18 سنة	10–12 سنة	19.694	0.013	دال عند 0.05
	13–15 سنة	10.002	0.209	غير دال عند 0.05

من خلال الجدول (19) نجد أن الفروق كانت دالة بين المجموعات (10–12) و (16–18) سنة بالنسبة لمتوسط درجة نوعية الحياة وفق متغير العمر، ويبين الشكل (10) متوسط نوعية الحياة وفقاً لمتغير العمر.

القرار: ترفض فرضية العدم وتقبل الفرضية البديلة، أي توجد فروق دالة في درجة متوسط درجة نوعية الحياة، وفقاً لمتغير العمر؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).



الشكل رقم (10) متوسط درجة نوعية الحياة وفقاً لمتغير العمر

ومن خلال النتائج السابقة نجد أن الفروق كانت بين المجموعتين العمرية (10–12) و(16–18) سنة بمتوسط بلغ قدره (89.08) و (108.15) على التوالي، وهذا يدل على نوعية حياة منخفضة لدى المرحلة (16–18) سنة بالمقارنة مع (10–12).

تتفق هذه النتائج مع نتائج دراستي كل من (قريط، 2006) و (Graue et al., 2005)، وفي دراسات أخرى لم تجد أية فروق مثل دراسة (Valenzuela et al., 2006) و (Wiebe et al., 2005) و (Faulkner, 2003).

إن مرحلة البلوغ تتضمن تغييرات مختلفة وجديدة على مختلف نواحي حياة المراهق (الجسمية، النفسية، الاجتماعية، العقلية)، وهذا قد يشكل مع إصابته بداء السكري، بالإضافة إلى قيود وضغوط أخرى على مجالات حياته، ويساهم بانخفاض تقييمه لنوعية حياة بالمقارنة مع الأصغر عمراً.

ومن خلال تحليل مجالات نوعية الحياة المقاسة، تبين أن الرضا عن الحياة والتأثيرات نتيجة الإصابة بالسكري والشعور بالقلق كانت مرتفعة لدى الفئات العمرية الأكبر، وهذه المجالات تتضمن إحاطة بمختلف أبعاد حياة الطفل مثل (العلاقات الاجتماعية، المدرسة، العلاج والفحوصات والحمية، المظهر الجسدي، النوم، أوقات الفراغ، التأثيرات المتعددة نتيجة السكري على حياته بالإضافة إلى مشاعر القلق التي تكتنفه)، وهذه المجالات تتأثر بشكل أكبر مع ازدياد العمر؛ نتيجة عوامل مرتبطة بالوعي بالداء وشعور الطفل بالانزعاج نتيجة التدخل من قبل الأهل والأطباء والمدرسين، ورفض الأقران، عدم وجود وعي مجتمعي يشعر من خلاله المراهق بعدم الاختلاف عن أقرانه، أو وجود طرق أخرى للعلاج تمكنه من عيش حياة طبيعية أكثر، فقد تبين أن العلاج بمضخة الأنسولين ساهم في تحسين نوعية الحياة لدى المراهقين، وهذا النوع من العلاج غير موجود في بيئتنا حالياً أو على الأقل ضمن العينة المدروسة.

7-6- النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة وتفسيرها:

تنص الفرضية السادسة على أنـه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير مدة الإصابة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

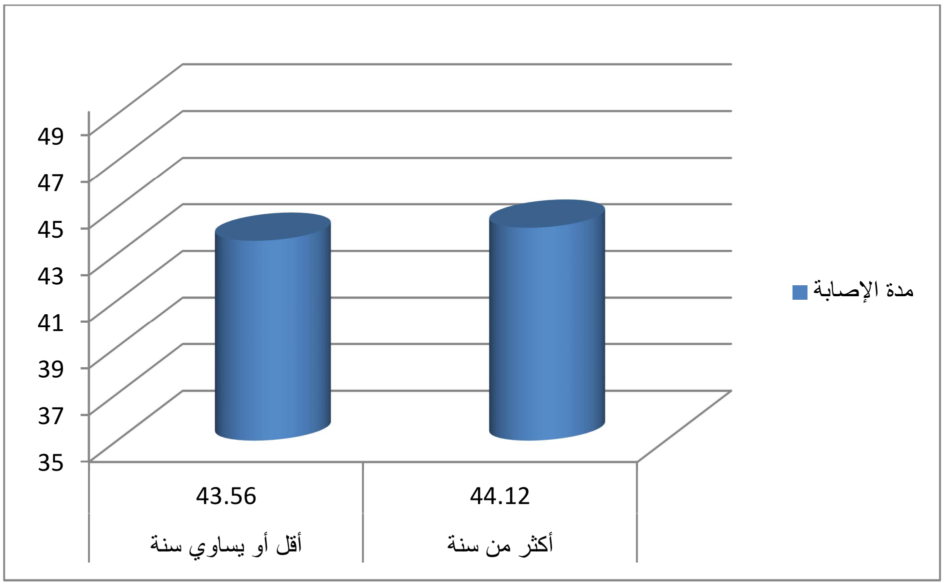
من خلال تحليل إجابات المفحوصين حول مدة الإصابة، فقد قامت الباحثة بتقسيم هذا المتغير إلى فئتين (انظر الجدول 9 ص 112)، ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (مان ويتني) ضمن الجدول (20).

الجدول (20) اختبار مان ويتني لدلالة الفرق في متوسط الأعراض الاكتئابية وفقاً لمدة الإصابة

المتغير	مدة الإصابة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	مان ويتني	الدلالة
الأعراض الاكتئابية	أقل أو يساوي سنة	37	43.56	8.493	1108.500	0.684
	أكثر من سنة	63	44.12	8.966		

بلغت قيمة (مان ويتني= 1108.500) للأعراض الاكتئابية، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير مدة الإصابة، ويبين الشكل رقم (11) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير مدة الإصابة.

.القرار: نقبل فرضية العدم وترفض الفرضية البديلة؛ أي لا توجد فروق دالة في درجة الأعراض الاكتئابية وفق متغير مدة الإصابة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).



الشكل (11) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير مدة الإصابة

هناك مجموعة من الأمور التي قد تساهم في فهم هذه النتيجة، فقد يصاب الطفل بداء السكري بمرحلة مبكرة من حياته ولا يدرك طبيعة إصابته ويتعايش مع مرضه، وبمرور الوقت قد يتكيف مع وضعه وظرفه، أو قد يصاب بمرحلة يكون بها واعياً لهذا الأمر وبالتالي قد يترك تأثيره النفسي وتظهر الأعراض الاكتئابية لديه، بالإضافة إلى أن ردود الفعل النفسية على هذا الداء قد تظهر في بداية الإصابة، ثم يتكيف الطفل بمرور الوقت، ولكن قد يصل لمرحلة معينة حرجة من عمره، كفترة البلوغ أو النضج أو الزواج وبالتالي قد تعاود التأثيرات النفسية والأعراض الاكتئابية بالظهور.

وهكذا فإن الأعراض الاكتئابية وفق متغير مدة الإصابة مرتبطة بالمرحلة العمرية التي ظهر بها الداء والفترات الحرجة والظروف الخاصة اللاحقة التي قد يكون لها تأثير أيضاً.

ولم يتم تناول متغير مدة الإصابة كثيراً في الدراسات، وقد أشارت دراسة (Lori et al., 2003) إلى عدم وجود تأثير لمدة الإصابة فيما يتعلق بالجوانب النفسية، وهذا يتفق مع النتيجة التي توصلت لها الدراسة الحالية، أما في دراستي (المرزوقي، 2008) و (Robert et al., 2000) فقد تم تناول هذا المتغير ولكن ضمن علاقتها بضبط سكر الدم، ووجدت عدم ارتباط بين مدة الإصابة والضبط لسكر الدم، وكذلك في دراسة (حسن، 2006) تبين عدم وجود ارتباط بين مدة الإصابة ومتغيرات البحث.

7-7- النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة وتفسيرها:

تنص الفرضية على أنـه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول للمشفى؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

تراوح عدد مرات دخول الأطفال للمشفى نتيجة داء السكري بين (ولا مرة إلى 6 مرات)، وقد قمنا بتقسم هذا المتغير (انظر الجدول9 ص 112).

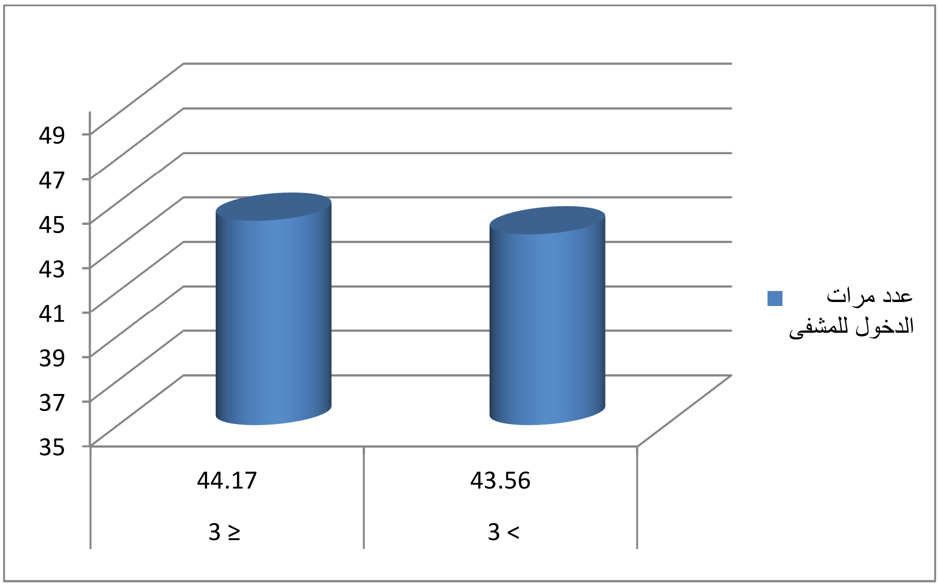
ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (مان ويتني) ضمن الجدول (21).

الجدول (21) اختبار مان ويتني لدلالة الفرق في متوسط الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول للمشفى

المتغير	مرات الدخول للمشفى	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	مان ويتني	الدلالة
الأعراض الاكتئابية	≤ ٣	59	44.17	9.025	1185.000	0.863
	> ٣	41	43.56	8.450		

بلغت قيمة (مان ويتني= 1185.000) للأعراض الاكتئابية، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق لعدد مرات الدخول للمشفى ويبين الشكل رقم (12) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول للمشفى.

.القرار: نقبل فرضية العدم ونرفض الفرضية البديلة، أي لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول للمشفى لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).



الشكل رقم (12) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول للمشفى

إن متغير عدد مرات الدخول للمشفى لم يتم تناوله في الكثير من الدراسات، وبخاصة في علاقته مع الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري.

وقد تبين في دراسة (Michelle, 2005) أن الاضطرابات العاطفية لدى الأطفال (5–12 سنة) لم تزيد من احتمال عودتهم للمشفى، بالمقابل لدى المراهقين (13–18) سنة فإن اضطرابات مثل الاكتئاب والقلق تبين أنها مرتبطة بعودتهم للمشفى، وبالتالي فإن هذه النتيجة تخالف نتيجة الدراسة الحالية (عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفقاً لمرات الدخول للمشفى) بالنسبة للفئة العمرية (13–18) سنة وتتفق معها بالنسبة للمجموعة العمرية (10–12) سنة.

وبالنسبة للدراسات التي قامت بدارسته مثل دراسة (الشديفات،2007) فقد تبين أنه كلما زاد عدد مرات دخول المستشفى زادت الضغوط النفسية.

وقد يعود عدم وجود فروق في الأعراض الاكتئابية وفقاً لهذا المتغير إلى طبيعة العينة، حيث أن عدد مرات الدخول للمشفى ضمنها لم يتجاوز 6 مرات فقط، وقد يكون هذا العدد من مرات دخول المشفى غير

كاف ليكون هناك تأثير للدخول المتكرر للمشفى، فالدخول المتكرر للمشفى بالإضافة إلى قضاء الوقت فيها والابتعاد عن الأسرة والأصدقاء، قد يساهم في التأثير على حياة الطفل بمختلف نواحيها، وشعوره بالاختلاف عن أقرانه.

7-8- النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة وتفسيرها:

تنص على أنه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير وجود أفراد مصابين بداء السكري؛ في أسر الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

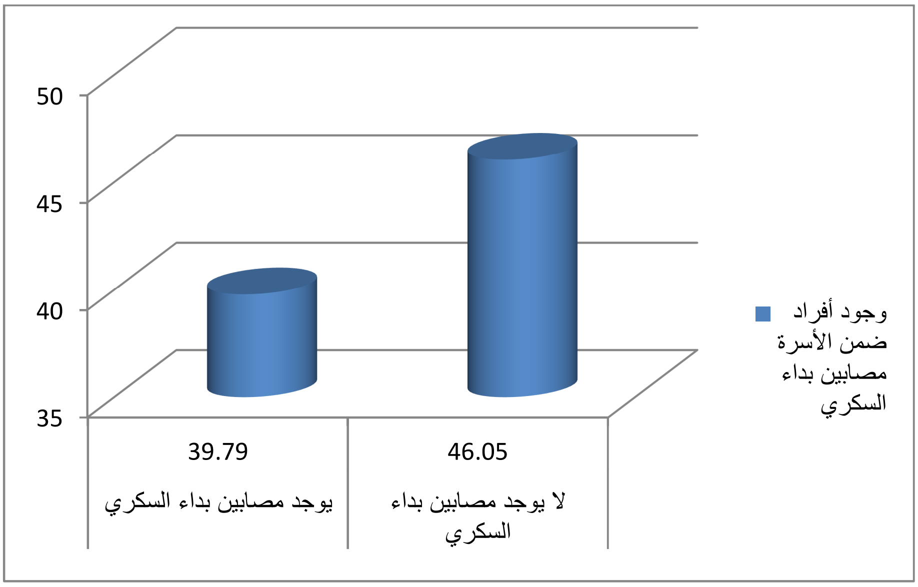
ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (مان ويتني Mann Witney) لدلالة الفروق بين المتوسطات وجاءت النتائج كما في الجدول (22).

الجدول (22) اختبار مان ويتني لدلالة الفرق بين متوسط درجات الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير وجود أفراد مصابين بداء السكري

المتغير	أفراد مصابين ضمن الأسرة	العدد	المتوسّط	الانحراف المعياري	مان ويتني	الدلالة
الأعراض الاكتئابية	يوجد مصابين بداء السكري	34	39.79	6.222	652.000	0.001
	لا يوجد مصابين بداء السكري	66	46.05	9.144		

بلغت قيمة (مان ويتني=652.000) للأعراض الاكتئابية، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية لصالح عدم وجود أفراد ضمن الأسرة مصابين بداء السكري (والدين، أخوة، أقارب يعيشون معهم في المنزل)، أي أن الأطفال الذين لا يعيشون مع أفراد مصابين بداء السكري ضمن الأسرة يعانون من أعراض اكتئابية أكثر بالمقارنة مع الأطفال الذين يوجد ضمن محيطهم الأسري أفراد مصابين بداء السكري، ويبين الشكل (13) متوسط الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير وجود أفراد مصابين بداء السكري ضمن الأسرة.

.القرار: ترفض فرضية العدم وتقبل الفرضية البديلة؛ أي توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفق وجود أفراد مصابين بداء السكري لدى أسر الأطفال المصابين بداء السكري.



الشكل رقم(13) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير وجود أفراد ضمن الأسرة مصابين بداء السكري

عند الرجوع إلى الدراسات السابقة التي تم ذكرها في هذه الدراسة، تبين أن هذا المتغير لم يتم تناوله بها، لكن يمكن تفسير هذه النتائج بأن وجود الطفل مع أب أو أم أو أخ أو أي شخص قريب يعيش مع العائلة يعاني من السكري، قد يسهم في شعوره بالتكيف النفسي مع هذا الداء وعدم شعوره بالوحدة، وأن هناك شخص مثله يعاني من الصعوبات والضغوط التي يمر بها، وبالتالي فإن هذا قد يخفف من وطأة شعوره بالانعزال والاكتئاب نتيجة ذلك.

كما أن علاج داء السكري يتطلب مجموعة من التغييرات في أسلوب حياة الطفل مثل (أخذ حقن الأنسولين في أوقات محددة، مراقبة مستمرة لتغييرات السكر في الدم، إجراء فحوصات متكررة ...الخ) وهذه الأمور التي يعايشها الطفل بشكل مستمر قد تخلق عنده مشاعر انزعاج وتوتر سواء لديه أو لدى والديه والمحيطين به، بالإضافة إلى أن هذا قد يكون نتيجة لعدم وجود معرفة بهذا الداء أو خبرة للتعامل معه، لذلك فإن تواجد أكثر من شخص ضمن الأسرة يعاني من هذا الداء قد يخلق فرص متعددة سواء

في وجود معرفة ومعلومات أكثر عنه، أو التخفيف من مشاعر الأسى والحزن التي قد تنتاب الطفل وتساهم بالتخفيف من اكتئابه وشعوره بالوحدة، وهذا يترك له المجال للحديث عن تجربته مع شخص يعاني مثله، دون إغفال أن الدعم الأسري والمساندة الاجتماعية تساهم في ذلك، لكن إحساس الطفل أن شخص يعاني مثل ما يعاني منه قد يساهم في التأقلم والتعايش معه.

7-9- النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة وتفسيرها:

تنص على أنه: **لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغير المضاعفات لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).**

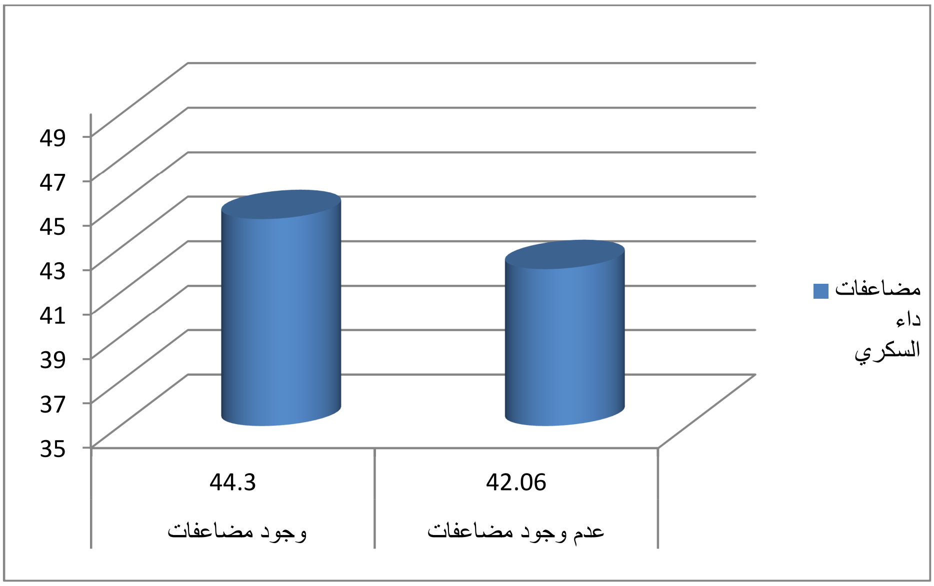
ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثة باستخدام اختبار (مان ويتني Mann Witney) لدلالة الفروق بين المتوسطات وجاءت النتائج كما في الجدول(23).

الجدول (23) اختبار مان ويتني لدلالة الفرق بين متوسط درجات الأعراض الاكتئابية وفقاً لوجود مضاعفات ناتجة عن داء السكري

المتغير	المضاعفات	العدد	المتوسّط	الانحراف المعياري	مان ويتني	الدلالة
الأعراض الاكتئابية	وجود مضاعفات	83	44.30	8.820	578.000	0.24
	عدم وجود مضاعفات	17	42.06	8.437		

بلغت قيمة (مان ويتني=578.000) للأعراض الاكتئابية، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير المضاعفات (انظر الجدول 9 ص112)، ويبين الشكل رقم (14) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير المضاعفات.

.القرار: نقبل فرضية العدم ونرفض الفرضية البديلة؛ أي لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير المضاعفات لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).



الشكل رقم (14) متوسط درجة الأعراض الاكتئابية وفقاً لمتغير المضاعفات

أظهرت النتائج عدم وجود فروق في الأعراض الاكتئابية وفقاً للمضاعفات الناجمة عن داء السكري، وقد تم تناول المضاعفات الحادة لدى الأطفال فقط (نوبات ارتفاع سكر الدم، نوبات انخفاض سكر الدم ونوبات الحماض الكيتوني)، كون المضاعفات المزمنة هي مضاعفات طويلة الأمد وبالتالي تحتاج لوقت أكثر للظهور، وهي مضاعفات يكون لها تأثير أكبر كونها تشمل إصابات جسدية (مثل اعتلالات الشبكية، اعتلالات الكلى، اعتلالات الأعصاب وغيرها)، لذلك قد تكون أكبر في التأثير على المصاب بالمقارنة مع المضاعفات الحادة، وهذا ما قد يبرر نتائج هذه الفرضية.

بالإضافة إلى عدم وجود معلومات في سجل الطفل عن عدد النوبات التي تنتاب الطفل من ارتفاع السكر وانخفاضه، والتي يمكن الرجوع والاستناد إليها، وذلك لتحديدها بشكل أدق وبالتالي معرفة مدى تكرارها وحدوثها.

7-10- مدى تحقق أهداف البحث:

- كان الهدف الأساسي الذي سعى إليه البحث هو التعرف إلى العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري، وقد دلت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطية سالبة بينهما، أي كلما زادت الأعراض الاكتئابية كلما انخفضت نوعية الحياة.

– وبالنسبة للهدف الثاني للتعرف على العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومجالات نوعية الحياة (الرضا عن الحياة، مدى تأثير الإصابة بداء السكري، القلق المتعلق بداء السكري) لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)، تبين وجود علاقة دالة سلبية بين هذه المتغيرات، أي كلما زادت الأعراض الاكتئابية، انخفض الرضا عن الحياة، وزاد تأثير الإصابة بداء السكري، وزاد القلق لدى الأطفال المصابين بداء السكري.

– وكذلك تم التحقق من الهدف الثالث المتعلق بالتعرف على علاقة الأعراض الاكتئابية ببعض المتغيرات، فقد تبين وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير الجنس لصالح الإناث، ووجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير العمر لصالح المجموعة العمرية (16–18) سنة، ولم توجد فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق المتغيرات (مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى والمضاعفات الناجمة عن داء السكري) بينما كانت هناك فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير وجود أفراد ضمن الأسرة مصابين بداء السكري لصالح عدم وجود أفراد مصابين بداء السكري.

– وأخيراً بالنسبة لهدف البحث الرابع المتعلق بالتعرف على علاقة نوعية الحياة بمتغيري الجنس والعمر تبين عدم وجود فروق دالة في نوعية الحياة وفق متغير الجنس، بينما كانت هناك فروق دالة في نوعية الحياة وفق متغير العمر بين المجموعتين (10–12) سنة و(16–18) سنة لصالح المجموعة العمرية الأكبر.

7–11– تعليق على نتائج البحث الحالي والدراسات السابقة:

– لم توجد كثير من الدراسات تتناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري، مما يبرز أهمية هذا الموضوع وضرورة دراسته، ومن خلال مراجعة الدراسات السابقة اتفقت نتائج البحث الحالي مع كل من دراسة (Grey et al., 1998)، (Goldney et al., 2004)، (Sulli et al., 2009) و (T.R et al., 2008) من حيث العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة، فكلما زادت الأعراض الاكتئابية انخفضت نوعية الحياة.

– اتفقت نتائج البحث الحالي مع الدراسات (عبد الخالق والديماطي، 2003) (Kovacs et al .b, 1997) (Hood et al., 2006)، من حيث وجود فروق بين الذكور والإناث في الأعراض الاكتئابية

لصالح الإناث، واختلفت مع دراسة (Oerterle et al., 1999).

– اتفقت نتائج البحث الحالي مع دارسة (سليمان، 2009)، وذلك على عدم وجود فروق في نوعية الحياة بين الذكور والإناث، ولم توجد دراسات أخرى تؤيد عكس هذا النتيجة في إطار البحث الحالي.

– اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة (عبد الخالق والديماطي، 2003) والتي تشير إلى أن الاكتئاب يبدأ منخفضاً في العمر (11) سنة ثم يتزايد باطراد حتى عمر (18) سنة.

– اتفقت نتائج البحث الحالي مع نتائج دراستي كل من (قريط، 2006) و (Graue et al., 2005) من حيث وجود فروق في نوعية الحياة وفق متغير العمر، واختلفت مع نتائج كل من دراستي (Valenzuela et al., 2006) و (Wiebe et al., 2005).

– اتفقت نتائج البحث الحالي مع ما أشارت إليه دراسة (Lori et al., 2003) على عدم وجود تأثير لمدة الإصابة فيما يتعلق بالجوانب النفسية.

– اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة (Michelle, 2005) فيما يتعلق بوجود فروق في الأعراض الاكتئابية وفق عدد مرات الدخول للمشفى، وذلك بالنسبة للمجموعة العمرية (10–12) سنة، وتخالفها بالنسبة للفئة العمرية (13–18) سنة.

– من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة التي تم ذكرها في هذا البحث، نجد أنه لم يتم تناول متغير وجود أفراد مصابين بداء السكري وتأثيره في وجود فروق في الأعراض الاكتئابية، وهذا ما يضيف أهمية لهذا المتغير وضرورة تناوله في الدراسات اللاحقة، حيث تبين وجود فروق في الأعراض الاكتئابية لصالح عدم وجود أفراد مصابين بداء السكري ضمن الأسرة التي يعيش ها الطفل، حيث أن الأعراض الاكتئابية تنخفض لدى الأطفال الذين يقيمون مع أشخاص مصابين بالسكري مثل (الأب، الأم، الأخوة أحد الأجداد، أحد الأقارب).

– كذلك لم توجد دراسات تناولت متغير المضاعفات الناجمة عن داء السكري، وقد بينت الدراسة الحالية عدم وجود فروق في الأعراض الاكتئابية وفق هذا المتغير.

– اختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة من حيث تركيزه على العلاقة الموجودة بشكل خاص بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة، وكذلك تناولها لمتغيرات (مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى

وجود أفراد مصابين بداء السكري والمضاعفات الناجمة عن هذا الداء) وفق الأعراض الاكتئابية، وهذا ما لم تتناوله الدراسات السابقة، وهي تتيح الفرصة إلى دراسة هذا المتغيرات في الدراسات التالية، بالإضافة إلى الفئة العمرية التي قامت الدراسة الحالية بدراستها وهي (10–18) سنة.

7–12– مقترحات البحث:

تم وضع مجموعة من المقترحات في ضوء نتائج البحث:

– القيام بأبحاث ودراسات طولية تتناول موضوع الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة وبشكل خاص الأطفال المصابين بداء السكري.

– القيام بأبحاث ودراسات تتناول نوعية الحياة بأبعادها وبشكل أكثر تفصيلاً، وخاصة الدراسات العربية (حيث توجد دراسات قليلة في هذا المجال) وتناول هذا الموضوع في إطار الأمراض المزمنة بشكل عام وداء السكري بشكل خاص.

– القيام بأبحاث ودراسات لمدى التوافق النفسي عند الأطفال المصابين بداء السكري، ومدى تأثير إصابتهم على توافقهم الشخصي والاجتماعي.

– القيام بأبحاث ودراسات تهدف لوضع برامج إرشادية للأطفال المصابين بداء السكري و الاكتئاب، فقد أكدت بعض الدراسات على خطورة تواجد هذين المرضين معاً.

– إن نتائج الدراسة الحالية توفر رؤية نستطيع من خلالها التأكيد على أهمية ترافق العلاج الطبي الموجه للمصابين بالسكري، بمراقبة مستمرة للنواحي النفسية لما لذلك من أهمية في استقرار مستوى تسكر خضاب الدم، وبالتالي إمكانية تأخير حدوث المضاعفات الناجمة عن هذا الداء.

– استثمار نتائج الدراسة الحالية في التأكيد على المجال النفسي ضمن المجال الطبي، لرعاية الأطفال المصابين بداء السكري وأسرهم أو القائمين على رعايتهم.

– وأخيراً نتيجة وجود بعض الصعوبات في الحصول على المعلومات التي تشكل متغيرات مهمة في هذا البحث، تم اقتراح أن يتم تسجيل هذه المعلومات الخاصة بالمصابين بداء السكري في أضابيرهم ضمن المراكز، ليتم الرجوع إليها لدراسة أثرها في الأبحاث اللاحقة مثل (عدد مرات دخول المشفى، عدد نوبات ارتفاع السكر وانخفاضه ونوبات الحماض الكيتوني، عدد أفراد الأسرة المصابين بداء السكري........الخ)

*ملخص البحث باللغة العربية.

* المراجع.

- مراجع البحث باللغة العربية.
- مراجع البحث باللغة الأجنبية.
- المراجع الالكترونية.

* ملاحق البحث.

* ملخص البحث باللغة الانكليزية.

* ملخص البحث باللغة العربية:

الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة

لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)

دراسة ميدانيّة في مدينة دمشق

يعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة، الذي قد يرافق الفرد طيلة فترة حياته، ويصيب هذا الداء مختلف الأعمار، وله نمطين النمط الأول (المعتمد على الأنسولين) والنمط الثاني (غير المعتمد على الأنسولين).

تناول البحث الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى عينة من الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول) ضمن الأعمار (10−18) سنة، والمترددين للمراكز الصحية في مدينة دمشق.

وقد استدعى إجراء البحث مسوغات عدة نذكر منها، وجود دراسات تشير إلى أن انتشار الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بداء السكري يبلغ ضعفين إلى ثلاثة أضعاف بالمقارنة مع الأطفال غير المصابين به، وما يتطلبه داء السكري (النمط الأول) من إجراء تغييرات كثيرة في أسلوب الحياة، مثل أخذ جرعات الأنسولين وتعديلها، مراقبة سكر الدم بشكل يومي، القيود الغذائية وغيرها، وهذا قد ينعكس على نوعية حياة الأطفال المصابين به بشكل سلبي، بالإضافة إلى ندرة أو عدم وجود دراسات عربية أو محلية (على حسب علم الباحثة) في دراسة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)، وبذلك تحددت مشكلة البحث بالسؤال الرئيس:

− هل توجد علاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)؟

وهدف البحث إلى الكشف عن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية، ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول)؛ والكشف عن الفروق في الأعراض الاكتئابية وفق متغيرات (الجنس، العمر مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى، وجود أفراد في الأسرة مصابين بداء السكري، المضاعفات) وكذلك الكشف عن الفروق في نوعية الحياة وفق متغيري (الجنس، العمر).

وتنبع أهمية البحث في إلقاء الضوء على نوعية حياة الأطفال المصابين بداء السكري، التي يمكن أن تشكل بيئة محفزة للاكتئاب، بالإضافة إلى تنبيه الكادر الطبي الذي يتعامل مع هؤلاء الأطفال على أهمية الجوانب النفسية لديهم.

وقد انطلق البحث من الفرضيات التالية:

– لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين نوعية الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول) ، ويتفرع عنها:

1- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى الرضا عن الحياة؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

2- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى تأثير الإصابة بداء السكري؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

3- لا توجد علاقة دالة بين الأعراض الاكتئابية، وبين مدى القلق المتعلق بداء السكري؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

- لا توجد فروق دالة في متوسط درجة الأعراض الاكتئابية، وفقاً لمتغيرات (الجنس، العمر، مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى، وجود أفراد مصابين بداء السكري، والمضاعفات)؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

-لا توجد فروق دالة في متوسط درجة نوعية الحياة، وفقاً لمتغيري (الجنس، العمر)؛ لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

وحاول البحث اختبار صحة هذه الفروض على **عينة عرضية** مؤلفة من (100) طفل مصاب بداء السكري من النمط الأول، منهم (45) ذكور و (55) إناث، والذين تتراوح أعمارهم بين (10–18) سنة وذلك من أصل (308) من الأطفال المترددين للعيادات التخصصية للسكري ضمن المراكز الصحية في مدينة دمشق.

وفي هذا البحث تم اعتماد **المنهج الوصفي التحليلي**، وتم استخدام مجموعة من **الأدوات** هي القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، ومقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري، بالإضافة إلى استمارة البيانات التي أعدتها الباحثة.

وقد استغرق **تطبيق أدوات البحث** ثلاثة أشهر تقريباً، ابتداء من 04/25 حتى 08/01 من العام 2010م.

وتوصل البحث إلى مجموعة من النتائج، التي تم معالجتها إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم (SPSS) النسخة (15)، ومن هذه الأساليب معامل ارتباط سبيرمان لحساب معامل الارتباط بين المتغيرات، مان ويتني لتحديد دلالة الفروق بين مجموعتين، وتحليل التباين الآحادي لتحديد دلالة الفروق بين ثلاث مجموعات.

وكان أهم تلك النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة، أي كلما زادت الأعراض الاكتئابية كلما انخفضت نوعية الحياة.

وتبين أيضاً وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير الجنس لصالح الإناث، ووجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير العمر لصالح المجموعة العمرية (16–18) سنة، ولم توجد فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق المتغيرات (مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى والمضاعفات الناجمة عن داء السكري) بينما كانت هناك فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير وجود أفراد ضمن الأسرة مصابين بداء السكري لصالح عدم وجود أفراد مصابين بداء السكري. وأخيراً تبين عدم وجود فروق دالة في نوعية الحياة وفق متغير الجنس، بينما كانت هناك فروق دالة في نوعية الحياة وفق متغير العمر بين المجموعتين (10–12) سنة و(16–18) سنة لصالح المجموعة العمرية الأكبر.

وأما فيما يتعلق بأهداف البحث، فقد تم تحقيقها كاملة، وخاصةً ما يتعلق بالعلاقة بين الأعراض الاكتئابية نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

وأخيراً تم وضع بعض المقترحات في ضوء نتائج البحث نذكر منها:

– القيام بأبحاث ودراسات طولية تتناول موضوع الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة وبشكل خاص الأطفال المصابين بداء السكري.

– القيام بأبحاث ودراسات تتناول نوعية الحياة بأبعادها وبشكل أكثر تفصيلاً، وخاصة الدراسات العربية، حيث توجد دراسات قليلة في هذا المجال، وتناول هذا الموضوع في إطار الأمراض المزمنة بشكل عام، وداء السكري بشكل خاص.

– القيام بأبحاث ودراسات تهدف لوضع برامج إرشادية للأطفال المصابين بداء السكري والاكتئاب، فقد أكدت بعض الدراسات على خطورة تواجد هذين المرضين معاً.

– إن نتائج الدراسة الحالية توفر رؤية نستطيع من خلالها التأكيد على أهمية ترافق العلاج الطبي الموجه للمصابين بالسكري، بمراقبة مستمرة للنواحي النفسية لما ذلك من أهمية في استقرار مستوى خضاب الدم، وبالتالي إمكانية تأخير حدوث المضاعفات الناجمة عن هذا الداء.

* المراجع:

- مراجع البحث باللغة العربية:

- إبراهيم، عبد الستار.(1998). **الاكتئاب–اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. عالم المعرفة.

- إبراهيم، عبد الستار؛ والدخيل، عبد العزيز؛ وإبراهيم، رضوان.(1993). **العلاج السلوكي للطفل.** الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. عالم المعرفة.

- أبو حلاوة، محمد السعيد.(2010). **جودة الحياة: المفهوم والأبعاد**. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية. مصر. جامعة كفر الشيخ.

- الأسمر، ديانا.(2009). الداء السكري من النمط الأول في الطفولة. **مجلة عالم السكري. العدد 23**، ص27.

- الأغا، عبد المعين.(2005). **الدليل العائلي للنوع الأول من داء السكري.** (ط2). السعودية: مستشفى جامعة الملك عبد العزيز.

- أولدهام، جي أم؛ وكاس، في أي؛ وباردس، أنتش.(2009). **في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي.** (ترجمة سامر رضوان). الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

- الباش، نزار.(1995). **الداء السكري في ثلاثين سؤالاً وجواباً. سوريا: دار القلم العربي.**

- بخش، أميرة طه.(2005). **جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية**. كلية التربية، جامعة أم القرى: مكة المكرمة.

- بركات، آسيا.(2002). **العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف**. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى: السعودية.

- بطرس، بطرس.(2008). **التكيف والصحة النفسية للطفل.** الأردن: دار المسيرة.

- بطرس، بطرس.(2007). **إرشاد الأطفال العاديين.** الأردن: دار المسيرة.

- بطيخ، لينا إبراهيم.(2009). **أعراض القلق والاكتئاب النفسي لدى الأطفال.** دراسة تشخيصية لعينة من أطفال مرحلة التعليم الأساسي في محافظة حمص، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق.

- بيترمان، فرانس.(2009). **علم نفس الأطفال الإكلينيكي.** (ترجمة سامر رضوان). الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

- بيك، أرون.(2000). **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية.** (ترجمة عادل مصطفى). بيروت: دار النهضة العربية.

- توشيت، نانسي.(2001). **مرض السكر..الأسئلة والأجوبة.** (ترجمة عزة حسين كبة). بيروت: الدار العربية للعلوم.

- جمعية الطب النفسي الأمريكية.(2004). **المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية.** (ترجمة تيسير حسون). دمشق.

- حسن، هدى جعفر.(2006). مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية. **مجلة العلوم الاجتماعية. مجلد 34. العدد 1**، ص 50. جامعة الكويت.

- الحميد، محمد بن سعد.(2007). **مرض السكر: أسبابه و مضاعفاته وعلاجه.** المملكة العربية السعودية: الدار العربية للعلوم.

- الحناوي، محمد هشام.(1987). **المظاهر الصحية والنفسية لمرض البول السكري بين الأطفال من عمر 6 حتى عمر 14 سنة.** معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس، القاهرة.

- حواشين، مفيد؛ حواشين، زيدان.(1989). **النمو الانفعالي عند الأطفال.** عمان: دار الفكر.

- الحياري، عبير ياسين.(2002). مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرهم و دور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض. المجلد الأول. **دليل الدراسات والبحوث ذات العلاقة بالأسرة الأردنية.** الأردن: المجلس الوطني لشؤون الأسرة.

- الخاطر، عبد الله.(1999). **الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة.** الرياض: المنتدى الإسلامي.

- الزاير، محمد.(2005). **الأعراض الاكتئابية للأطفال ذوي صعوبات التعلم وعلاقتها ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم التربية الخاصة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية: الأردن.
- زهران، حامد.(1977). **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**. مصر: عالم الكتب.
- الزهراني، حسن.(2006). **الأقدام السكرية**. المملكة العربية السعودية: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم التقنية.
- دوبا، زين.(2005). **نوعية الحياة وعلاقتها بالإدراك البيئي في ضوء بعض المتغيرات النفسية" دراسة مقارنة في علم النفس البيئي على عينات من ساكني المناطق العشوائية**". رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة عين شمس: مصر.
- رضوان، سامر.(2007). **الصحة النفسية**. (ط2). الأردن: دار المسيرة.
- سرحان، وليد؛ والخطيب، جمال؛ والحباشنة، محمد.(2008). **الاكتئاب**. الأردن: دار مجلاوي.
- السقا، صباح.(2005). **فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب**. رسالة دكتوراه، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق: دمشق.
- سليمان، حنان مجدي صالح.(2009). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق، دراسة سيكومترية اكلينيكة**. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق: مصر.
- سليمان، عبد الرحمن؛ وعبد الحميد، أشرف؛ والبيلاوي، إيهاب.(2005). **تقييم وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية**. المملكة العربية السعودية: دار الزهراء.
- الشربيني، لطفي.(2006). **معجم مصطلحات الطب النفسي**. سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، مركز تعريب العلوم الصحية.
- الشربيني، لطفي.(2001). **الاكتئاب المرض والعلاج**. مصر: منشأة المعارف.
- الشوربجى، نبيلة.(2003). **المشكلات النفسية للأطفال أسبابها- علاجها**. مصر: دار النهضة العربية.
- الشديفات، محمد.(٢٠٠٧). **الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم التربية الخاصة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية: الأردن.

- شيفر، شارلز؛ وميلمان، هوارد.(1989). **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها.** (ترجمة نسيمة داود و نزيه حمدي). الأردن: منشورات الجامعة الأردنية.

- صباريني، محمد سعيد؛ وحداد، عفاف شكري.(1991). نوعية الحياة وأصولها البيولوجية: تحليلات وتأملات. **دراسات تربوية. المجلد السادس. العدد 34**: مصر.

- عبد الخالق، أحمد محمد؛ والديماطي، عبد الغفار.(2008). معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين السعوديين. **مجلة الطفولة العربية. المجلد التاسع. العدد (36)**. الكويت.

- عبد الخالق، أحمد محمد؛ والنيال، مايسة.(2003). سلسلة بحوث في الشخصية وعلم النفس المرضي. **دراسات في الطفولة و المراهقة. المجلد الثاني**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبد الخالق، أحمد محمد.(2000). **استخبارات الشخصية**. (ط3). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- عبد الخالق، أحمد محمد؛ رضوان، سامر جميل.(1999). تقنيين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية. **المجلة التربوية. المجلد الرابع عشر. العدد (53)**. الكويت.

- عبد الخالق، أحمد محمد.(1999). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات. **مجلة العلوم الاجتماعية. المجلد السابع والعشرون. العدد (3)**. ص **103-123.** جامعة الكويت.

- عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن.(2008). **استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً**. الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم. مصر.

- عبد الفتاح، فوقية أحمد؛ سعيد حسين، محمد حسين.(2006). **العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف.** المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية ببنى سويف. مصر. جامعة بنى سويف.

- عبد الله، محمد.(2001). **أمراض الأطفال النفسية و علاجها**. دمشق: دار المكتبي.

- العثماني، علياء.(2008). **نوعية الحياة لدى الحوامل منخفضات وعاليات الخطورة والمراجعات لمركز السابع من نيسان الصحي.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة دمشق: دمشق.

- عجلوني، أيمن نعيم؛ ومارديني، عدنان.(1999). **المرجع في طب الأطفال**. دمشق: دار المعاجم.

- عكاشة، محمود فتحي؛ وإبراهيم سليم، عبد العزيز.(2010). **العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية**. ورقة عمل مقدمة لمؤتمر جودة الحياة بكفر الشيخ. مصر. كلية التربية. جامعة الإسكندرية.

- علاء الدين، جهاد؛ وكفافى، علاء الدين.(2006، أ). **موسوعة علم النفس التأهيلى. المنطلقات النظرية**. المجلد الأول. القاهرة : دار الفكر العربي.

-علاء الدين، جهاد؛ كفافى، علاء الدين.(2006، ب). **موسوعة علم النفس التأهيلى. الأمراض المزمنة**. المجلد الرابع. القاهرة : دار الفكر العربي.

- علي، عبد الحميد.(2005). **مدى فعالية الإرشاد الأسري في تخفيف الاكتئاب العصابي لدى طلاب كلية التربية**. رسالة دكتوراه غير مشورة. كلية التربية، جامعة أسيوط: مصر.

- غريب، عبد الفتاح غريب.(2007). الاضطرابات الاكتئابية. **المجلة المصرية للدراسات النفسية. المجلد السابع عشر. العدد(56)**. جامعة الأزهر.

- قريط، أمنة عبد الجبار.(2006). **نوعية الحياة الصحية: الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى مرض النوع الثاني من السكري في دمشق**، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية للعلوم و التكنولوجيا: الأردن.

- القواسمي، عبد الله.(2007). **نوعية الحياة لمواطني شمال الأردن باستخدام استبانة المسح الصحي (SF-36)**. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية للعلوم والتكنولوجيا: الأردن.
- كلارك، ماري.(2006). الطريق الطويل المتعرج... في علاج مرض السكري. (ترجمة حسان المالح)، **مجلة Practice Diabetes. المجلد (23). العدد (2)**. بريطانيا.
- كوفاكس، ماريا.(1995). **مقياس الاكتئاب (د) للصغار**. (ترجمة غريب عبد الفتاح غريب).
- لامبي، روز مارى؛ ودانيلز مورنج، ديبى.(2001). **الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.** (ترجمة علاء الدين كفافى).القاهرة: دار قباء.

- محمود، جودت شاكر.(2007): **البحث العلمي في العلوم السلوكية**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

- المرزوقى، جاسم.(2008). **الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر**. مصر: دار العلم والإيمان.

– نلسون.(2009). المرجع في النمو والتطور والاضطرابات النفسية عند الأطفال. (ترجمة محمد عودة وأنس شيخ إبراهيم وملهم حراكي). دمشق: دار القدس للعلوم.

– وفائي، محمد ظافر.(2005). **داء السكري وقاية وعلاج**. لبنان: دار العلم للملايين.

مراجع البحث باللغة الأجنبية:

- Aalto, AM- Uutela, A and Aro, AR.(1997). **Health related quality of life among insulin-dependent diabetics.** disease-related and psychosocial correlates Patient Education Couns. P215-225: Finland.

- Abdel Khalek, Ahmed.(2003). The Multidimensional Child and Adolescent Depression Scale: Psychometric Properties. **Psychological Repots**. **Number 93**.544-560.

- Albus, C- Kulzer, B- Petrak, F- Kruse, J- Hirsch, A and Herpertz, S. (2005). **Clinical Guideline: Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus.** Germany: The German Diabetes Association.

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.(2008). **Facts for Families.** Number 4. England.

-American Diabetes Association.(2010).**Standards of medical care in diabetes**.Volume 34. Number 1. USA: Diabetes Care.

-American psychiatric Association.(2000). **DSM IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. (4 edition). Washington.

- Andelman, R. B- Attkisson, C.C- Zima, B.T and Rosenblatt, A.B.(1999). **Quality of life of children**. Toward conceptual clarity.England: In M. E. Maruish.

-Australian Institute.(2008).**Diabetes: Australian facts 2008.** Australia: Australian Institute of Health and Welfare. National Centre for Monitoring Diabetes.

-Australasian Paediatric Endocrine Group.(2005).**Clinical practice Guidelines - Type 1 diabetes in children and adolescents**. Australia: National Health and Medical Research Council.

- Awadalla, Abdel- Ohaeri, Jude U- Al-Awadi, Shafika and Tawfiq, Adel M. (2006). Diabetes Mellitus Patients' Family Caregivers' Subjective Quality of Life. **Journal Of The National Medical Association.Volume 98. Number 5**. Kuwait.

- Bacchus, Robby.(2011). Diabetes Mellitus:Strategies for Prevention. **Journal of King Abdulaziz University: Medical Sciences. Volume 7. Number 2**. Saudi Arabia.

-Beck, A. (1967). **The Diagnosis and Management of Depression**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Belim, M.T and Fleck, M.P.(2003). **"Quality of life":** a brand new concept for research and practice in psychiatry. Volume 25. Number 4. Brazil: Revista Brasileria de Psiquiatr.

- Bhatia, Shashi K and Bhatia, Subhash C.(2007). Childhood and Adolescent depression. **Journal of the American Academy of Family Physicians**., Department of psychiatry. Creighton University: USA.

-Blair, Kristin.(2006). **Stress Adaptation in School Aged Children Hospitalized with Type I Diabetes.** USA: The Ohio State University.

-Boland, EA- Grey, M- Oesterele, A- Fredrickson, L and Tamborlane, WV. (1999). Continuous subcutaneous insulin infusion: A new way to lower risk of severe hypoglycemia, improve metabolic control, and enhance coping in adolescents with type 1 diabetes. **Diabetes Care**. **Volume 22, Number 11**. P1779–1784. USA.

- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. (2000). **Quality of life measurement**: Will we ever be satisfied? Journal of Clinical Epidemiology. Number 53. p19-23.

- Bowling, Ann.(2002). **Research Methods in Health**. Investigating health and health services. (Second edition). USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

-Bradley, C. and Speight, J.(2002). **Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life**. Department of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham: UK.

- Bradley, C- Todd, C- Gordon, T- Symonds, E- Martin, A and Plowright, R.(1999). **Quality of Life -Diabetes (ADDQOL):** Kluwer Academic Publishers.

- Brown, Lauren C.(2008). The Impact of Depression on Diabetes. **Canadian Institutes of Health Research.** Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Canada.

- Cambridge, MA.(2008). **Surveying Health –Related Quality of life in Clinical Trials.(5th).** HealthActCHQ Inc.

- Cameron, Fergus- Northam, Elisabeth- Ambler, Geoffery and Daneman Denis.(2007). Routine psychological screening in youth with type 1 diabetes and their parents. **Diabetes Care. Volume 30. Number 10**. P2716–2724. Australia.

- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. (2000). **Population assessment of health-related quality of life**. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.

- Chiarelli, Francesco- Dahl-Jorgensen, Knut and Kiess, Wieland.(2005). Diabetes in childhood and adolescence. **Pediatric and Adolescent Medicine. Volume 10**. Switzerland.

- Ciechanowski, PS- Katon, WJ- Russo, JE and Hirsch, IB.(2003). The relationship of depressive symptoms to symptoms to reporting, self- care and glucose control in diabetes. **General Hospital Psychiatry. Volume 25. Number 4**. P.246-252. USA.

- Clare, Bradley.(2003). **Handbook of Psychology and Diabetes**. a guide to psychological measurements in diabetes research and management. New York: Psychology Press.

- Glasgow, RE- Ruggiero, L- Eakin, EG- Dryfoos, J and Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. **Diabetes Care. Volume 20. Number 4.** P562-567. USA.

- Clinical Practice Guideline, Federal Bureau of Prisons.(2009). **Management of Diabetes** .USA.

- Cockerbam, Willian.(2000). **Sociology of mental Disorder**. (Fifth edition). New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River.

- Cohen, ST- Welch, G- Jacobson, AM et al.(1997). The Association of Lifetime Psychiatric Illness and Increased Retinopathy in Patients with Type I Diabetes Mellitus Psychosomatics. **Academy of Psychosomatic Medicine, Volume 38**. P 98-108. USA.

- Dantzer, C- Swendsen, J- Maurice, Tison S and Salamon, R.(2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review**. Clinical Psychological Review. volume 23. number 6.** P787–800. France.

- Daviss, WB- Coon, H- Whitehead, P- Ryan, K- Burkley, M and Mcmahon, W.(1995). Predicting diabetic control from competence, adherence, adjustment, and psychopathology**. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry. Volume 34. Number12**. P1629-1636. USA.

-De Groot, M- Jacobson, AM- Samsom, JA and Welch, G.(1999). Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus**. Journal of Psychosomatic Research. Volume 45. Number5**. P425-435. USA.

- De Wit, Maartje- A, Henriette- Van De, Waal Delemarre- Bokma, Jan Alle- Haasnoot, Krijen- Houdijk, Mieke- Gemke, Reinoud. and Snoek, Frank.(2008). Monitoring and Discussing Health-Related Quality of Life in Adolescents With Type 1**.** Diabetes Improve Psychosocial Well-Being. **Diabetes Care. Volume 31. Number 8**. P1521–1526. USA.

- Doblhammer, Gabriele- Scholz, Rembrandt.(2005). **Ageing,Care Need and Quality of Life**. (1st Edition). Germany: acid-free paper**.**

- Eiser, C- Flynn, M- Green, E- Havermans, T- Kirby, R and Sandeman D, Tooke JE.(1992). Quality of life in young adults with type 1 diabetes in relation to demographic and disease variables**. Diabetic Med. Volume 9. Number 4**. P 375-378.

- Farup, CE- Leidy, NK- Murray, M- Williams, GR- Helbers, L and Quigley EMM.(1998). Effect of domperidone on the health-related quality of life of patients with symptoms of diabetic gastroparesis**. Diabetes Care.Volume 21. Number 10.** P1699-1706.USA.

- Farquhar, M.(1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing. Volume 22. number 3**. P 502–508. London.

- Faulkner, Melissa.(2003). **Quality of Life for Adolescents With Type I Diabetes: Parental and Youth Perspectives**. Pediatr Nurs. Volume 29. Number 5. College of Nursing. Department of Maternal Child Nursing. Chicago.

- Felce, David and Perry, Jonathan.(1995). Quality of life: its definition and measurement. **Research in Developmental Disabilities. Volume 16. Issue 1**. P 51-74. UK: Published by Elsevier Science Ltd.

- Fratezi, AC- Albers, M- De, Luccia ND and Pereira, CA.(1995). Outcome and quality of life in patients with severe chronic limb ischaemia: a cohort study on the influence of diabetes. **Eur J Vasc Endovasc Surg. Volume 10. Number4.** P 459-465. Brazil.

-Garrison, Michelle M- Katon, Wayne J- Richardson, Laura P.(2005).Behavioral and Emotional Disorders in Young People With Diabetes. **by American Diabetes Association. Diabetes Care. volume 28**. P 2150-2154. USA.

-Georgiades, Anastasia- Zucker, Nancy- Friedman, Kelli- Mosunic, Christopher- Applegate, Katherine- Lane, James- Feinglos, Mark and Surwit, Richard.(2007). Change in Depressive Symptoms and Glycemic Control in Diabetes Mellitus. **Psychosomatic Medicine. Volume 69. Number 3.** P235-241. USA.

- Gill, T.M and Feinstein, A. R A.(1994). **A critical appraisal of the quality of quality of life measurement.** Department of Medicine. Yale University School of Medicine. Volume 27. Number 8. P 619-26. USA.

- Goldney, Robert D- Phillips, Pat J- Fisher, Laura- Hons, BA and Wilson, David H.(2004). Diabetes, Depression, and Quality of Life. **Diabetes Care. Volume 27. Number 5.** P 1066-1070. Australia.

- Goldston, DB- Kovacs, M, Ho. VY, Parrone. PL and Stiffler. L.(1994). Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus.**Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry. Volume 33. Number 2**. P240–246. USA.

- Goot, Mary de- Anderson, Ryan- Kenneth, E and Lustman, Patrick.(2001). Association of Depression and Complication: A Meta – Analysis. **Psychosomatic Medicine. Volume 63. Number 4**. P 619-630. USA: Washington University.

- Graue, M- Wentzel-Larsen, T- Hanestad, BR and Sovik, O.(2005). Health-related quality of life and metabolic control in adolescents with diabetic The role of parental care, control, and involvement. **Journal of Pediatric Nursing, Department of Pediatrics. Volume 20.** P373–382.Bergen.

- Graue,Marit-Larsen,Tore-Bru,Edvin-Hanestad,BeritSqvik,Oddmund.(2004) . The Coping Styles of Adolescents With Type 1 Diabetes Are Associated With Degree of Metabolic Control**. Diabetes Care. Volume 27. Number6.** P1313–1317.

- Greenberg, Riva.(2009). **50 diabetes myths that can ruin your life and the 50 diabetes truths that can save it.** USA: Published by Da Capo Press.

- Grey, Margaret- Boland, Faan, Drph- Boland, Elizabeth A- Yu, Chang-Sullivan-Bolyai, Susan and Tamborlane, WilliamV. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. **Diabetes Care. Volume 21. Number 6.** P909–914. USA.

- Grey, M- Whittemore, R and Tamborlane, W.(2002). Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. **Journal of Psychosomatic Research. Volume 53. Number 4.** P 907-911. USA.

- Guttman-Bauman-I, I- Flaherty, BP- Strugger, M and McEvoy, RC.(1998). Metabolic control and quality-of-life self-assessment in adolescents with IDDM**. Diabetes Care. Volume 21. Number 6**. P 915–918. USA.

- Hanas, Rangnar.(2007). **Type 1 Diabetes in children , adolescents and young adults.**(Third edition). Sweden.

- Heise,T- Kapitza,C- Hompesch, M and Heinemann, L.(2005). Avances en Diabetología. **Inhaled Insulin as alternative delivery system for subjects. Volume 21. Number 2**. Germany.

- Hermanns, Norbert- Lioyd, Chair and Lioyd, Cathy.(2005)**. Report of the 10th Spring Scientific Meeting of the EASD.** Psychosocial Aspects of Diabetes (PSAD). Germany: Study Group.

-Hernadez, Carol Green- Singleton, Joanne K and Aronzon,Daniel.(2001).**Primary Care Pediatrics**. (Ist edition). New York: By Lippincott Williams and Wilkins Publisers.

- Hesketh, Kylie - Wake, Melissa and Cameron, Fergus.(2003)**. Health-Related Quality of Life and Metabolic Control in Children With Type 1 Diabetes.** Department of Endocrinology and Diabetes. Royal Children's Hospital. Australia.

- Hilliard, Marisa- Goeke Morey, Marcia- Cogen, Fran- Henderson, Celia and Stresisand, Randi.(2008). Predictors of Diabetes-related Quality of Life after Transitioning to the Insulin Pump. **Oxford Journals Medicine. Journal of Pediatric Psychology. Volume34. Issue 2**. P 137-146. USA.

- Hislop, A.L- Fegan, PG- Schlaeppi, MJ- Duck, M and Yeap, BB.(2007**).** Prevalence and association of psychological distress in young adults with Type 1 diabetes. **American Diabetes Association Diabetes Education Unit and Department of Endocrinology and Diabetes**. **Volume25. Number 1**. P91-106. University of Western Australia Perth. Australia.

- Hoey, Hilary- Aanstoot, Henk- Chiarelli, Francesco- Daneman, Denis- Danne, Thomas- Dorchy, Harry.(2001). Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. **Diabetes Care. Volume 24. Number 11.** P1923–1928. Ireland.

- Hood, Korey- Huestis, Samantha- Maher, Allison- Butler, Debbie-Volkening, Lisa- Laffel, Lori.(2006). Depressive Symptoms in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes. **Diabetes care. Volume 29. Number6.** P1389. Boston.

- Hoogma, RPLM- Hammond, PJ- Gomist, R- Kerr, D- Bruttomesso, D- Bouter, KP- Wiefels, KJ- de la, Calle H- Schweitzer, DH-Pfohl, M- Torlone, E- Krinelke, LG and Bolli, GB.(2006). Comparison of the effects of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) and NPH-based multiple daily insulin injections (MDI) on glycaemic control and quality of life: Results of the 5-nations trial**. Diabetic Medicine. Volume 23. Number 2.** P141–147. Italy.

- Hyttinen, V - Kaprio, J - Kinnunen, L - Koskenvuo, M and Tuomilehto ,J. (2003). Genetic liability of type 1 diabetes and the onset age among 22,650 young Finnish twin pairs: a nationwide follow-up study**. International Diabetes Monitor. Volume 16. Number 3.** P 27.

- Indian Health Diabetes Best Practices.(2006). **Depression Care and Diabetes.** USA: Indian Health Service, Division of Diabetes Treatment and Prevention.

- Ingersoll, Gary- Marrero, David.(1991). A Modified Quality of life for Youth Psychometric Properties. **The Diabetes Educator**. Volume 17. Number 2. p144-118:Indiana: Indiana University Diabetes Research and Training Center.

- Jacobson, Alan M.(2006). **Are There Biological Links between Diabetes and Depression?.** Senior Vice President, Joslin Diabetes Centre, Harvard Medical School, Boston: USA.

- Jacobson, AM- Groot, M and Samson, JA.(1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes**.** **Diabetes Care. Volume 17. Number 4.** P 267-274. Boston.

- Jacobson, A- Barofsky, I- Cleary and Rand, L (1988). **RCMAR Measurement Tools**. Diabetes quality of life Measure (DQOL).

- Kanner. S- Hamrin. V and Grey. M.(2003). Depression in adolescents with diabetes. **Journal of Child and Psychiatric Nursing. Volume 16. Number1**.P15-24.USA.

- Kaufman, Francine.(2008**). Medical Management of Type 1 Diabetes**. (Fifth edition). USA: American Diabetes Association.

- Kirkman, Liam- Hickmott, Adrian.(2006). **GV Glycamic Gazette**. Goulburn Valley Health, Diabetes Centre. Issu 2. Number 1. Australia.

- Klein, BE- Klein, R and Moss, SE.(1998). Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy**.DiabetesCare.Volume21.Numbe2**.P236-240.USA.

- Kovacs. Maria, Goldston. David, Obrosky. D Scott and Bonar. Lisa K. (1997, a). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. **Diabetes Care. Volume 20. Number 1**. P36-44. USA.

- Kovacs, M- Obrosky, D S- Goldston, D and Drash, A.(1997, b). Major depressive disorder in youths with IDDM. **Diabetes Care, By American Diabetes Association.Volume 20.** P145-151.UAS

- Kulzer, B.(2006)**. Diabetes mellitus: how important is it to measure the quality of life?.** Diabetes Zentrum Mergentheim. Bad Mergentheim. Germany.

- Laffel, Lori MB- Connell, Alexa- Vangsness, Laura- Goebel-Fabbri, Ann Mansfield, Abigail and Anderson, Barbra.(2003). General quality of life in youth with type 1 diabetes. **International Diabetes Monitor. Diabetes Care. Volume 26. Number 11**. P 27-29. Austriala.

- Lin, Elizabeth- Katon, Wayne- Von Korff, Michael- Rutter, Carolyn- Simon, Greg- Oliver, Malia- Ciechanowski, Paul- Ludman, Evette- Bush, Terry and Young, Bessie.(2004): Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care**. Diabetes Care. Volume 27. Number 9**. P.2154–2160. Washington.

- Loara, Robert- Anderson, Barbara and Heptulla, Rubina.(2006). **The role of socioeconomic statue, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus.** By science direct, Texas Children's Hospital, Boylor College of Medicine, USA.

- Lustman, PJ- Griffith, LS- Clouse, RE- Freedland, KE- Eisen, SA- Rubin, EH- Carney, RM and McGill, JB.(1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. **Psychosomatic Medicine. Voulme 59. Number 3**. P 241-250. USA.

- Matsuda, T- Noquchi, M- Umeno, Y and Kato, N.(2006). QOL research in child health. **Center for Cancer Control and Information Services. National Cancer Center. Volume 53. Number 11**. P805-817,USA.

- Mazze, RS- Lucido, D and Shamoon, H.(1984). Psychological and social correlates of glycemic control. **Diabetes Care. Volume 7. Number 4.** P360-366.

- McCulley, DeWayne.(2005). **Death to Diabetes: The 6 Stages of Type 2 Diabetes Control & Reversal.** (Version 1.0). South Carolina: Publisher: Book Surge, LLC North Charleston.

- McDonnell, Ciara- Northam, Elisabeth A- Donath, Susan M- Werther, George and Cameron. (2007). **Hyperglycemia and Externalizing Behavior in Children With Type 1 Diabetes.** by American Diabetes Association. Diabetes Care. Australia.

- Meyerhoff, Erin and McDermott, Michael.(2009). **Diabetes Mellitus Type 1.** Division of Endocrinology. Metabolism and Diabetes University of Colorado. Colorado: Health Sciences Center.

- Morrow, Monica and Jordan, Virgil (2003): **Managing breast cancer risk**. USA: BC Decker Inc.

- Nansel, T.R- Weisberg-Benchell, J- Wysocki, T- Laffel, L and B, Anderson.(2008). **Quality of life in children with Type 1 diabetes**. Journal Diabetes medicine. Eunice Kennedy Shriver National. Institute of Child Health and Human Development.

- National Institute for Clinical Excellence.(2004). **Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults.** England: Published by the National Institute for Clinical Excellence, Clinical Guideline 15.

- National Institutes of health, National Diabetes Information Clearinghouse. (2008). **Prevent diabetes problems: Keep your feet and skin healthy.** (Number 5). in a Series of 7. USA.

- NDST.(2006). **National Diabetes Support Team**.(Factsheet No .18). UK.

- NIH.(2006). **Advances and Emerging Opportunities in Type 1 Diabetes Research: A Strategic Plan.** Special Statutory Funding Program for Type 1 Diabetes Research. P307-312.

- Northam, Elisabeth- Anderson, Peter- Adler Robert- Werther, George and Warne, Garry.(1996). Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. **Journal of Pediatric Psychology. Volume 21. Number 5.** P 699–717. Australia.

- Oesterle, A- Boland, EA and Grey, M.(1999). Continuous subcutaneous insulin infusion. **International Diabetes Monito. Diabetes Care. Volume12. Number 2**. P16-17. Boland.

- Pettegrow, Stan.(2008). Diabetes and Depression: Having one increases risk for the other. **Journal of the American Medical Association**. USA: LCSW Katahdin Valley Health Center

- Peyrot, M and Rubin, RR.(1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. **Diabetes Care. Volume 20. Number 4**. P585-590. USA.

- Polonsky, William.(2000). Understanding and assessing diabetes specific quality of life. **Diabetes spectrum. Volume 13. Number**. Page 36. USA.

- Quitkin, F. M- Endicott, J und Wittchen, H U.(1998). **Depression und andere Affektive Stoerungen**. Handbuch Psychische Stoerungen. Auflage: Wenheim Psychologie Verlag Union.

- Revicki, DA.(1989). **Health-related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness.** Department of Family Medicine, University of Maryland School of Medicine: Baltimore.

- Rewers, Arleta- Chase, Peter- Mackenzie, Todd- Walravens, Philip- Roback, Mark- Rewers, Marian- Hamman, Richard- Klingensmith, Georgeanna.(2002). Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes**. the journal of the American Medical Association. Volume 286.** P 2511–2518. USA.

- Roith, Derek.(1996)**. Diabetes Mellitus.**USA: Lippincott-Ravev.

- Rose, M- Burkert, U- Scholler, G- Schirop, T- Danzer, G and Klapp, BF.(1998). Determinants of quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. **Diabetes Care. Volume 21. Number 11**. P 1876-1883, Berlin.

- Rosenthal, MJ- Fajardo, M- Gilmore, S- Morley, JE and Nabiloff, BD (1998). Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a three- year prospective study**. Diabetes Care. Volume 21. Number 2**. P231-235. USA.

- Ross, Tami- Boucher, Jackie- Boucher, Jackie and O'Connell- Belinda S.(2005). **Guide to diabetes medical nutrition therapy and education.** American Dietetic Association. USA: By the Diabetes Care and Education Diabetes Practice Group.

- Rubin, Richard and Peyrot, Mark.(1999). **Quality of life and diabetes. Department of Medicine**. Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore: USA.

- Sadock, Benjamin James and Sadock, Virginia Alcott.(2007). **KAPLAN & SADOCK'S.** (tenth edition). Synopsis of Psychiatry, Behavorial Sciences, Clinical Psyciatry: New York.

- Schaffer, Amandaa.(2007). **In Diabetes, a Complex of Causes.** Health science. USA.

- Schalock, R.(2004). The concept of quality of life: what we know and do not no. **Journal of Intellectual Disability Research, Volume 48, Number 3**, P203 -216.

- Schram, Miranda T- Baan, Caronline A and Pouwer, Francois.(2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. **Current Diabetes Reviews. Volume 5. Number 2**. P 112-119. Netherlands: Bentham Science Publishers Ltd.

- Sepa, Anneli- Wahlberg, Jeanette- Vaarala, Outi- Frodi, Ann and Ludvigsson, Johnny.(2005). Psychological stress may induce diabetes- related autoimmunity in infancy. Department of Molecular and Clinical Medicine. Linköping University. **Diabetes Care. Volume 28. Number 2**. P 290-295. Sweden.

- Shafiee, Z- Tan, Smk- Wu, l- Rizal, A.M and Rey, J M.(2005). Factors Associated With Control Of Type I Diabetes in Malison Adolescents and young Adults**. The International Journal of Psychiatry in Medicine. Volume 35. Number 2**. P 123 -136. Australia.

- Snoek, Frank J.(2000). Quality of life: A Closer Look at Measuring Patient Well Being. **Diabetes Spectrum. Volume 13. Number**. Page 24. USA.

-Sommerfield, Andrew- Deary, Ian J- Frier, Brian.(2004). Acute Hyperglycemia Alters Mood State and Impairs Cognitive performance in people with type 2 diabetes. **Diabetes Care. vol. 27 no. 10**. P 2335-2340. USA.

- Steel, P and Ones, D.(2002). Personality and happiness: a national-level analysis. **Journal of Personality and Social Psychology. Volume 83.** P 767-781.

- Sulli, N- Kodra, K and Shashaj, B.(2009). **CSII VS. MDI:Psychological Impact And Quality Of Life in Adolescents With Type 1 Diabetes**. Diabetes Centre. Institute of Pediatrics. University "La Sapienza"Romett. Istituto Superiore di Sanità: Italy.

- Tebbi, CK- Bromberg, C- Sills, I- Cukierman, J and Piedmonte, M.(1990). Vocational adjustment and general well-being of young adults with IDDM. **Diabetes Care. Volume 13. Number 2**. P 98-103. USA.

-The World Health Organization Quality of life Assessment.(1995). **WHOQOL GROUP**. position paper from the world health organization. Social Science and Medicine.

- Thobro, Jennifer.(2007). **Addressing social and emotional issues of issues of children with Diabetes.** University of Washington School of Public Health & Community Medicine. USA.

- Tierney, L M- McPhee, S J and Papadakis, M A (2002) .**Current medical diagnosis & treatment**. International edition .New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. pp. 1203-1215

- Valenzuela, Jessica- Patino, Anna- McCullough, Judith- Ring, Christine- Sanchez, Janine- Eidson, Margaret- Nemery, Robin and Delamater, Alan. (2006). Insulin pump therapy and health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes. **Journal of Pediatric Psychology. Volume 31. Number 6**. P 650–660. Oxford University. USA.

- Varni, JW.(1998). **PedsQL.** Diabetes Module. Version 3.0 (8-12) and (13-18) year.

- Verster, Joris C- Perumal, S. R, Pandi and Streiner, David L.(2008). **Sleep and Quality of in Medical Illness.** USA: Library of Congress Control Number.

-Wake, M- Hesketh, K and Cameron, F.(2008). The Child Health Questionnaire in children with diabetes: cross-sectional survey of parent and adolescent-reported functional health status. **Diabetes Medicine.Volume 17. Number10.** P 700-707. Australia.

- Wandell, PE- Brorsson, B and Aberg, H.(1997). Quality of life in diabetic patients registered with primary health care services in Sweden**. Scand J Prim Health Care. Volume 15. Number 2**. P 97-102. Sweden.

- Wasserman, Ludvig I and Trifonova, Elena A.(2006). Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships. **The Spanish Journal of Psychology. Volume 9. Number 1**. P75-85. Russia.

-Watkins, Carol E.(2004): **Diabetes, Derpession and Stress.** Northern County Psychiatric Association. 410-329-2028.

- Watkins, Peter.(1998). **ABC of Diabetes**. (Fourth edition). London:Published by the BMJ Publishing Group.

- Weissberg, Benchell- Jill, Antisdel-Lomaglio, Jeanne and Seshdari, Roopa. (2003). Insulin pump therapy: A meta-analysis. **Diabetes Care. Volume 26. Number 4**. P1079–1087. Chicago.

- WHOQOL Group.(1997).**The World Health Organization Quality of Life Measuring Quality of life :** Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse World Health Organizition. Switzerland.

- Wiebe, Deborah- Berg, Cynthia- Korbel, Carolyn- Palmer, Debra- Beveridge, Ryan and Upchurch, Renn. (2005). Children's appraisals of maternal involvement in coping with diabetes: Enhancing our understanding of adherence, metabolic control, and quality of life across adolescence. **Journal of Pediatric Psychology. Volume 30. Number 2.** P167–178. University of Utah. Utah.

- Williams, Monique-Clouse, Ray E and Lustman, Patrick.(2006). Treating Depression to Prevent Diabetes and Its Complications: Understanding Depression as a Medical Risk Factor. **CLINICAL DIABETES. Volume 24. Number 2.** P79-86.

- Wilmshurst, Linda.(2005). **Essential of child Psychopathology**. By John Wiley & Sons. USA.

- World Health Organization.(2003). **WHO definition of Health.** Number 2. P 100. New York.

-World Health Organization.(1996). **WHOQOL-BREF**. INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT. .The World Health Organization Quality of life (WHOQOL)- BREF. PROGRAMME ON MENTAL HEALTH. GENEVA.

المراجع الالكترونية:

–http://www.nami.org/Template.cfm?Section=depression download in 21.06.2011

- www.diabetic.org

- www.InternationalDiabetesMonitor.com

- www.mentalhealthamerica.net download in 22.04.2009

http://www.psych.org/MainMenu/Newsroom/NewsReleases/2009NewsReleases/RiskFactorsforSuicidalEventAJP.aspx

-http://www.psych.org/Share/Parents-Med-Guide/HTML-Physician-Depression.aspx download in 02.05.2011

-http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/downloadin12.04.2009

- www.ajpm-online.download in 03.24.2011
-http://www.who.int/diabetes/en/

-http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index.html download in 05.02.2011

- http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html download in 05.02.2011

- http://www.who.int/diabetes/en/ download in 05.02.2011)

-http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ download in 01.05.2011

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=45&topic_id=742 download in 02.05.2011

- news.bbc.co.uk/hi/arabic/news/newsid_1392000/1392841.stm

-http://www.medi-tour.net/psychi.html

-http://ar.wikipedia.org/depression download in 02.09.2011

http://aacap.org/page.ww?name=The+Depressed+Child&section=Facts+for+Fa milies

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i5KYVwwAvkgJ:ar.wi kipedia.org/

-http://en.wikipehttp://en.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus_type_1 download in 05.03.2011

-ar.wikipedia.org/wiki/السكري downloading 05.03.2011.

-http://www.webmd.com/depression/tc/depression-in-childhood-and-adolescence-what-increases-your-risk download in 05.03.2011

-http://www.webmd.com/depression/tc/depression-in-childhood-and-adolescence-cause download in 13.06.2010

- www.moncefmarzouki.net

- http://www.aafp.org/afp/2007/0101/p73.html download 23.03.2011

- http://www.pmrs.ps/last/atemplate.php?id=384 download in 02.07.2011

-http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/ar/index1.html download in 02.07.2011

* ملاحق البحث:

الملحق رقم (1)

أسماء السادة المحكمين لمقياس نوعية الحياة (مرتبة أبجدياً)

الاسم	الاختصاص
أحمد محمد عبد الخالق	أستاذ في قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت
أمينة رزق	أستاذة في قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق
رنا قوشحة	مُدَرسة في قسم القياس والتقويم، كلية التربية، جامعة دمشق
زين دويا	مُدَرسة في قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق
سامر رضوان	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق
عائشة ناصر	مُدَرسة في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق
عزمي فريد	مدير التأهيل والتدريب في البرنامج الوطني للسكري دبلوم في أمراض السكري وعلاجاته من جامعة كارديف البريطانية
غسان منصور	مُدَرس في قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق
فيصل الزراد	محاضر في قسم الإرشاد النفسي
كمال بلان	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي (رئيس القسم)، كلية التربية جامعة دمشق
ليلى الشريف	مُدَرسة في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق
محمد فتحي سليمان	أستاذ العلاج النفسي بمستشفى الطب النفسي بالكويت
مطاع بركات	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق

الملحق رقم (2)

استمارة البيانات (الصورة الأولية)

عزيزي الطالب / عزيزتي الطالبة

– أضع بين يديك مجموعة من الاستبيانات، وأرجو منك أن تقرأها بتمعن وأن تجيب على جميع أسئلتها بكل صدق، وهي بمجملها تبين ما تفكر فيه عادةً وما تشعر به وما تقوم به من تصرفات في بعض المواقف، والمطلوب منك أن تختار الإجابة التي تعكس أفكارك أو مشاعرك أو سلوكياتك، ولكن في البداية أرجو منك أن تملأ استمارة البيانات، وأعلم أن هذه البيانات ستكون في سرية تامة ومخصصة لأغراض البحث العلمي فقط، وأن كل ما تدونه من معلومات ما هو إلا جزء ضروري لتطوير الخدمات المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري من النمط الأول، وأرجو منك المساهمة في ذلك فدورك فاعل ومهم جداً.

ملاحظة : كتابتك للاسم اختيارياً يمكنك عدم كتابة اسمك إذا رغبت في ذلك.

و لك مني جزيل الشكر على تعاونك

الباحثة: سها فهد

١- الاسم: ....

٢- العمر: ١٠-١٢ ☐ ١٣-١٥ ☐ ١٦-١٨ ☐

٣- الجنس: أ. ذكر ☐ ب. أنثى ☐

٤- مدة الإصابة منذ تاريخ تشخيصك بالمرض: ....

٥- كم كان عمرك عندما عرفت أنك تعاني من السكري: ....

٦- عدد مرات دخولك إلى المستشفى منذ إصابتك بالسكري: ....

7- هل أحد أفراد أسرتك مصاب بداء السكري: ....

أ. أحد والديك ☐

ب . أحد أخوتك ☐

ج. قريب مقيم ضمن الأسرة ☐

8- ما هو عدد أفراد أسرتك المصابين بالسكري: ....

9- المضاعفات التي تعانيها نتيجة السكري:..

أ. حالات ارتفاع السكر في الدم. ☐

ب. حالات انخفاض السكر في الدم. ☐

ج. حالات حماض السكر الكيتوني. ☐

الملحق رقم (3)

استمارة البيانات (الصورة النهائية)

١- الاسم: ....

٢- العمر: ١١-١٢ ☐ بين ١٣-١٥ ☐ بين ١٦-١٨ ☐

٣- الجنس: أ. ذكر ☐ ب. أنثى ☐

٤- تاريخ تشخيصك بالسكري: ....

٥- عدد مرات دخولك إلى المستشفى منذ إصابتك بالسكري: ....

٦- هل أحد أفراد أسرتك مصاب بداء السكري:..

أ. أحد والديك أو أخوتك أو قريب مقيم ضمن الأسرة ☐ ب. لا يوجد ☐

٧- المضاعفات التي تعانيها نتيجة السكري:

أ. حالات ارتفاع السكر في الدم: ☐

أهم أعراضها (ارتفاع نسبة السكر بالدم، زيادة مرات التبول، عطش متكرر، ارتفاع نسبة السكر في البول)

ب. حالات انخفاض السكر في الدم: ☐

أهم أعراضها (اصفرار الوجه، عرق غزير وبارد، جوع شديد، صداع، تشوش الرؤية، ارتعاش، دوخة، زيادة سرعة التنفس، زيادة نبضات القلب، قلة التركيز، فقدان الوعي)

ج. حالات حماض السكر الكيتوني: ☐

أهم أعراضها (غثيان، رائحة نفس سيئة، جفاف الفم، زيادة سرعة دقات القلب، غيبوبة)

د. لا أعاني من أي مضاعفات. ☐

الملحق رقم (4)

القائمة العربية لاكتئاب الأطفال

التعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف الأولاد والبنات، اقرأ كل عبارة بعناية وحدد إذا كانت تنطبق عليك نادراً، أو أحياناً، أو كثيراً وذلك في الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم، ثم ضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي من كل عبارة منها، بحيث تصفك بدقة. ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة، ولا تفكر كثيراً، وتذكر ضع دائرة حول الكلمة التي تصف مشاعرك عادة.

الرقم	العبـــارة			
١	أشعر بالسعادة.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢	أشعر بالخمول (الكسل).	نادراً	أحياناً	كثيراً
٣	أنام جيدا.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٤	أجد صعوبة في التركيز على دراستي.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٥	أشعر أن لا قيمة لي.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٦	أحلم أحلاما مزعجة.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٧	أنا حزين.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٨	أنا واثق من نفسي.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٩	اشعر بالتعب.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٠	تركيزي ضعيف.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١١	أقلق أثناء نومي (أتقلب على فراشي).	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٢	لي أصدقاء كثيرون.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٣	أشعر بالضيق.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٤	أنا "شارد" (من السهل أن أسرح).	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٥	أشعر بالوحدة (إنني وحيد).	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٦	أشعر أنني تعيس.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٧	الحياة حلوة.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٨	أشعر أنني فاشل.	نادراً	أحياناً	كثيراً
١٩	أشعر بالملل.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٠	أشعر بالغضب.	نادراً	أحياناً	كثيراً

الرقم	العبـــارة			
٢١	أنا راضٍ عن حياتي.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٢	هناك أشياء كثيرة تضايقني.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٣	أنا متشائم (أتوقع الشر).	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٤	أتوقع أن تحدث لي أشياء سيئة.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٥	كثير من الناس يحبوني.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٦	أكره نفسي.	نادراً	أحياناً	كثيراً
٢٧	أنا متفائل (أتوقع الخير).	نادراً	أحياناً	كثيراً

الملحق رقم (5)

مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري

(المقياس الأصلي)

INDIANA DIABETES QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE: YOUTHS

A: DIRECTIONS: Read each statement carefully. Please indicate how satisfied or dissatisfied you currently are with the aspect of your life described in the question. Mark [X] the box that matches how satisfied or dissatisfied you feel: 1 = Very Satisfied, 2 = Moderately Satisfied, 3 = Neither Satisfied nor Dissatisfied, 4 = Moderately Dissatisfied, 5 = Very Dissatisfied. There are no right or wrong answers to these questions. We want your opinion.

	Item	Very Satisfied	Satisfied	neither	Unsatisfied	Very unsatisfied
A1	How satisfied are you with the amount of time it takes to manage your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A2	How satisfied are you with the amount of time you spend getting checkups?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A3	How satisfied are you with the time it takes to determine your blood sugar?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A4	How satisfied are you with your current medical treatment?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A5	How satisfied are you with the flexibility you have with your diet?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A6	How satisfied are you with the burden your diabetes is placingon your family?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A7	How satisfied are you with your knowledge about your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

SPEAKING GENERALLY:						
	Item	**Very Satisfied**	**Satisfied**	**neither**	**Unsatisfied**	**Very unsatisfied**
A9	How satisfied are you with your friendships?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A10	How satisfied are you with your work, school, and household activities?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A11	How satisfied are you with the appearance of your body?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A12	How satisfied are you with the time you spend exercising?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A13	How satisfied are you with your leisure time?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A14	How satisfied are you with life in general?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A15	How satisfied are you with performance in school?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A16	How satisfied are you with how your classmates treat you?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
A17	How satisfied are you with your attendance at school?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

B: DIRECTIONS: Read each statement carefully. Please indicate How Often the following events happen to you. Mark [X] the box that matches how satisfied or dissatisfied you feel: 1 = Never, 2 = Very Seldom, 3 = Sometimes, 4 = Very Often, 5 = All the time. There are no right or wrong answers to these questions. We are interested in your honest opinion.

	Item	Never	Seldom	Sometimes	Often	All the time
B1	How often do you feel pain associated with the treatment of your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B2	How often are you embarrassed by having to deal with your diabetes in public?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B3	How often do you feel physically ill?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B4	How often does your diabetes interfere with your family life?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B5	How often do you have a bad night's sleep?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B6	How often do you find your diabetes limiting your social relationships and friendships?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B7	How often do you feel good about yourself?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B8	How often do you feel restricted by your diet?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B9	How often does your diabetes keep you from driving a car?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B10	How often does your diabetes interfere with your exercising?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B11	How often do you miss work, school or household duties because of your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	Item	Never	Seldom	Sometimes	Often	All the time
B12	How often do you find yourself explaining what it means to have diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B13	How often do you find that your diabetes interrupts your leisure time activities?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B14	How often are you teased because you have diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B15	How often do you feel that because of your diabetes you go to the bathroom more than others?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B16	How often do you find you eat something you shouldn't rather than tell someone that you have diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B17	How often do you hide from others the fact that you are having an insulin reaction?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B18	How often do you find that your diabetes prevents you from participating in school activities (for example, a school play, playing a sport).	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B19	How often do you find that your diabetes prevents you from going out to eat with your friends?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B20	How often do you feel that your diabetes will limit what job you will have in the future?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B21	How often do you find that your parents are too protective of you?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	Item	Never	Seldom	Sometimes	Often	All the time
B22	How often do you find that your parents worry too much about your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
B23	How often do you find that your parents act like diabetes is their disease, not yours?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

C: DIRECTIONS: Read each statement carefully. Please indicate how often the following events happen to you. Check [X] the appropriate box. There are no right or wrong answers to these questions. If the question is not relevant to you, check "Does not apply".

	Item	Never	Seldom	Sometimes	Often	All the time
C1	How often do you worry about whether you will get married?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C2	How often do you worry about whether you will have children?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C3	How often do you worry about whether you will not get a job you want?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C4	How often do you worry about whether you will pass out?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C5	How often do you worry about whether you will be able to complete your education?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C6	How often do you worry that your body looks different because you have diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C7	How often do you worry that you will get complications from your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C8	How often do you worry whether someone will not go out with you because you have diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C9	How often do you worry that teachers treat you differently because of your diabetes?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

	Item	Never	Seldom	Sometimes	Often	All the time
C10	How often do you worry that your diabetes will interfere with things that you do in school (sports, music, drama)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
C11	How often do you worry that your diabetes causes you to do things with friends like going on dates or going to parties?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

الملحق رقم (6)

مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري

(المقياس بعد الترجمة)

1- مقياس الرضا عن الحياة:

التعليمات: أقرا كل عبارة بعناية، و أشر لمدى رضاك الحالي أو عدمه للجوانب المتعلقة بحياتك، ضع إشارة [X] على خيار الإجابة الذي يتوافق مع شعورك بالرضى أو عدم الرضى: راضي جدا =1، راضي باعتدال=2، حيادي=3، مستاء باعتدال=4 مستاء جدا=5، ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك بصراحة.

العبـارة	راضي جداً	راضي باعتدال	حيادي	مستاء باعتدال	مستاء جداً
1- ما مدى رضاك عن مدة الوقت الذي تستغرقه في التحكم بداء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
2- ما مدى رضاك عن مدة الوقت الذي تقضيه بإجراء الفحوصات؟	١	٢	٣	٤	٥
3- ما مدى رضاك عن مدة الوقت الذي تستغرقه في تحديد نسبة سكر الدم لديك؟	١	٢	٣	٤	٥
4- ما مدى رضاك عن علاجك الطبي الحالي؟	١	٢	٣	٤	٥
5- ما مدى رضاك عن مرونتك تجاه الحمية التي تتبعها؟	١	٢	٣	٤	٥
6- ما مدى رضاك عن العبء الذي يسببه داء السكري على أسرتك؟	١	٢	٣	٤	٥
7- ما مدى رضاك عن المعلومات التي لديك حول داء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥

تكلم بشكل عام					
العبــارة	راضي جداً	راضي باعتدال	حيادي	مستاء باعتدال	مستاء جداً
8- ما مدى رضاك عن نومك؟	١	٢	٣	٤	٥
9- ما مدى رضاك عن علاقاتك مع أصدقائك؟	١	٢	٣	٤	٥
10- ما مدى رضاك عن عملك ، مدرستك، أعمالك المنزلية؟	١	٢	٣	٤	٥
11- ما مدى رضاك عن جسدك؟	١	٢	٣	٤	٥
12- ما مدى رضاك عن المدة التي تقضيها في التمرين؟	١	٢	٣	٤	٥
13- ما مدى رضاك عن وقت فراغك؟	١	٢	٣	٤	٥
14- ما مدى رضاك عن حياتك بشكل عام؟	١	٢	٣	٤	٥
15- ما مدى رضاك عن أدائك في المدرسة؟	١	٢	٣	٤	٥
16- ما مدى رضاك عن المعاملة التي تتلقاها من زملائك؟	١	٢	٣	٤	٥
17- ما مدى رضاك عن تواجدك في المدرسة؟	١	٢	٣	٤	٥

2- مقياس تأثير الإصابة بداء السكري:

التعليمات: أقرا كل عبارة بعناية، و أشر إلى كم مرة حصلت لك الأحداث التالية، ضع إشارة [X] على خيار الإجابة الذي يتوافق مع شعورك: أبدا =1، نادرا =2، أحيانا =3، غالبا =4، دائما =5. ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك بصراحة.

العبارة	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
1- كم مرة شعرت بأن الألم مرتبط مع علاج داء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
2- كم مرة شعرت بالإحراج عند التعامل مع داء السكري في مكان عام؟	١	٢	٣	٤	٥
3- كم مرة شعرت بأنك مريض ؟	١	٢	٣	٤	٥
4- كم مرة شعرت أن لداء السكري تأثير على حياتك العائلية؟	١	٢	٣	٤	٥
5- كم مرة عانيت فيها من عدم انتظام في النوم؟	١	٢	٣	٤	٥
6- كم مرة وجدت أن داء السكري يحد من علاقاتك الاجتماعية و وصداقاتك؟	١	٢	٣	٤	٥
7- كم مرة انتابك شعور غير جيد نحو نفسك؟	١	٢	٣	٤	٥
8- كم مرة شعرت أنك مقيد نتيجة حميتك؟	١	٢	٣	٤	٥
9- كم مرة أبعدك داء السكري عن قيادة السيارة؟	١	٢	٣	٤	٥
10- كم مرة أثر داء السكري على أدائك للتمرينات؟	١	٢	٣	٤	٥
12- كم مرة وجدت نفسك قادرا على شرح معنى أن تكون مصابا بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥

العبـارة	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
13- كم مرة شعرت أن داء السكري يؤثر على النشاطات التي تمارسها في وقت فراغك؟	١	٢	٣	٤	٥
14- كم مرة شعرت بالضيق نتيجة داء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
15- كم مرة شعرت أنك تذهب إلى الحمام أكثر من الآخرين نتيجة لداء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
16- كم مرة وجدت نفسك تأكل شيئا لا ينبغي أن تأكله عوضا عن إخبار الآخرين بأنك تعاني من داء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
17- كم مرة أخفيت عن الآخرين حقيقة أن لديك مقاومة للأنسولين؟	١	٢	٣	٤	٥
18- كم مرة وجد أن داء السكري يمنعك عن المشاركة في النشاطات المدرسية (المشاركة في مسرح المدرسة، الفرق الرياضية..الخ	١	٢	٣	٤	٥
19- كم مرة وجدت أن داء السكري يمنعك من الخروج مع أصدقائك لتناول الطعام؟	١	٢	٣	٤	٥
20- كم مرة شعرت أن داء السكري سوف يحد من خياراتك المتعلقة بالمهنة التي ستمارسها في المستقبل؟	١	٢	٣	٤	٥
22- كم مرة وجدت أن والديك قلقون جدا حيال السكري الذي تعاني منه؟	١	٢	٣	٤	٥
23- كم مرة تصرف والديك كما لو أنهم هم المصابون بالسكري و ليس أنت؟	١	٢	٣	٤	٥

3-القلق المتعلق بداء السكري:

التعليمات: أقرا كل عبارة بعناية، و أشر إلى كم مرة حصلت لك الأحداث التالية، ضع إشارة [X] على خيار الإجابة الذي يتوافق مع شعورك:أبدا =1، نادرا =2، أحيانا =3، غالبا =4، دائما =5. ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك بصراحة.

العبـارة	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
1- كم مرة انتابك القلق حيال إن كنت ستتزوج أم لا؟	١	٢	٣	٤	٥
2- كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كنت سترزق بالأطفال أم لا؟	١	٢	٣	٤	٥
3- كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كنت ستحصل على العمل الذي تريده أم لا؟	١	٢	٣	٤	٥
4- كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كنت ستفقد الوعي أم لا؟	١	٢	٣	٤	٥
5- كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كنت قادراً على إكمال تعليمك؟	١	٢	٣	٤	٥
6- كم مرة انتابك القلق حون تغير جسمك بسبب داء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
7- كم مرة انتابك القلق حيال إصابتك بمضاعفات السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
8- كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كان أحدهم سيخرج معك أم لا بسبب داء السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
9- كم مرة انتابك القلق حيال معاملتك بشكل مختلف من قبل مدرسيك؟	١	٢	٣	٤	٥

العبـارة	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
10- كم مـرة انتابـك القلـق حـول إذا مـا كـان داء السـكري سـيؤثر علـى قيامـك بأشـياء فـي المدرسـة (أداء مسـرحي، عزف، ممارسة الرياضة.....) أم لا؟	١	٢	٣	٤	٥
11- كـم مـرة انتابـك القلـق حـول إذا مـا كـان داء السـكري سـيمنعك مـن القيـام بـأمور مشـتركة مـع أصـدقائك مثـل المواعدة و الذهاب للحفلات؟	١	٢	٣	٤	٥

الملحق رقم (7)

مقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى اليافعين المصابين بداء السكري

(المقياس النهائي)

الجزء الأول: التعليمات: أرجو منك قراءة العبارات التالية بدقة حيث أن لكل عبارة خمس خيارات وهي تعكس مدى رضاك في الوقت الحالي أو عدمه للجوانب المتعلقة بحياتك، ضع دائرة حول الرقم الذي يتوافق مع رضاك فليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك بصراحة، لا تضع أكثر من دائرة واحدة لكل عبارة، و إليك مثال توضيحي:

العبـــــــارة	راضٍ جداً	راضٍ	محايد	غير راضٍ	غير راضٍ جداً
ما مدى رضاك عن تحصيلك في المدرسة ؟	١	٢	٣	٤	٥

إذا كنت راضٍ جداً عن تحصيلك في المدرسة فضع دائرة حول الرقم١، و إذا كنت راضٍ عن تحصيلك في المدرسة فضع دائرة حول الرقم ٢، و إذا كنت لست راضٍ أو غير راضٍ (أي محايد) عن تحصيلك في المدرسة فضع دائرة حول الرقم ٣ و إذا كنت غير راضٍ عن تحصيلك في المدرسة فضع دائرة حول الرقم ٤، أما إذا كنت غير راضٍ جداً عن تحصيلك في المدرسة فضع دائرة حول الرقم ٥.

الرقم	العبـــــــارة	راضٍ جداً	راضٍ	محايد	غير راضٍ	غير راضٍ جداً
1	ما مدى رضاك عن الوقت الذي تحتاجه لضبط معدل السكر في دمك؟	١	٢	٣	٤	٥
2	ما مدى رضاك عن الفحوصات الطبية التي تجريها؟	١	٢	٣	٤	٥
3	ما مدى رضاك عن الوقت الذي تحتاجه لتحليل نسبة السكر في دمك؟	١	٢	٣	٤	٥
4	ما مدى رضاك عن العلاج الطبي الحالي الذي تتلقاه؟	١	٢	٣	٤	٥
5	ما مدى رضاك عن التزامك بالحمية التي تتبعها؟	١	٢	٣	٤	٥

الرقم	العبـــــــارة	راضٍ جداً	راضٍ	محايد	غير راضٍ	غير راضٍ جداً
6	ما مدى رضاك عن المسؤولية التي تتحملها أسرتك نتيجة إصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
7	ما مدى رضاك عن المعلومات التي تملكها حول السكري؟	١	٢	٣	٤	٥

اذكــر رأيــك بشـــــكل عـــام

الرقم	العبـــــــارة	راضٍ جداً	راضٍ	محايد	غير راضٍ	غير راضٍ جداً
8	ما مدى رضاك عن نومك؟	١	٢	٣	٤	٥
9	ما مدى رضاك عن علاقاتك الاجتماعية وصداقاتك؟	١	٢	٣	٤	٥
10	ما مدى رضاك عن علاقاتك مع أفراد أسرتك؟	١	٢	٣	٤	٥
11	ما مدى رضاك عن مظهرك الجسدي؟	١	٢	٣	٤	٥
12	ما مدى رضاك عن المدة التي تقضيها في ممارسة الرياضة؟	١	٢	٣	٤	٥
13	ما مدى رضاك عن وقت الفراغ المتاح لك؟	١	٢	٣	٤	٥
14	ما مدى رضاك عن حياتك بشكل عام؟	١	٢	٣	٤	٥
15	ما مدى رضاك عن تحصيلك الدراسي؟	١	٢	٣	٤	٥
16	ما مدى رضاك عن المعاملة التي تتلقاها من زملائك في الصف؟	١	٢	٣	٤	٥
17	ما مدى رضاك عن مواظبتك في المدرسة؟	١	٢	٣	٤	٥

الجزء الثاني: التعليمات: أرجو منك قراءة العبارات التالية بدقة حيث أن لكل عبارة خمس خيارات، ضع دائرة حول الرقم الذي يتوافق مع شعورك فليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك بصراحة، لا تضع أكثر من دائرة واحدة لكل عبارة، و إليك مثال توضيحي:

العبـــــــارة	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
هل تشعر بالانزعاج لأنك مصاب بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥

إذا كنت لا تشعر (على الإطلاق) بالانزعاج كونك مصاب بالسكري فضع دائرة حول الرقم١، و إذا كنت تشعر بالانزعاج نادراً (في القليل من الوقت) فضع دائرة حول الرقم ٢، و إذا كنت تشعر بالانزعاج بدرجة متوسطة (بين الحين و الآخر) فضع دائرة حول الرقم ٣، و إذا كنت تشعر بالانزعاج كثيراً (معظم الوقت) فضع دائرة حول الرقم ٤، أما إذا كنت تشعر بالانزعاج كثيراً جداً (بشكل دائم) فضع دائرة حول الرقم ٥.

الرقم	العبـــــــارة	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
1	هل تشعر بأن العلاج المستخدم للسكري يسبب لك الألم؟	١	٢	٣	٤	٥
2	هل تشعر بالإحراج عند التعامل مع أعراض السكري أمام الآخرين؟	١	٢	٣	٤	٥
3	هل تشعر بأنك متعب أو مرهق جسدياً؟	١	٢	٣	٤	٥
4	هل تؤثر إصابتك بداء السكري على حياة أسرتك؟	١	٢	٣	٤	٥
5	هل تعاني من نوم سيئ نتيجة إصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
6	هل يقيد السكري علاقاتك الاجتماعية وصداقاتك	١	٢	٣	٤	٥
7	هل ينتابك شعور غير جيد نحو نفسك؟	١	٢	٣	٤	٥
8	هل تشعر أنك محروم من بعض الأطعمة؟	١	٢	٣	٤	٥

الرقم	العبـــــــارة	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
9	هل يبعدك السكري عن قيادة الدراجة أو استخدام جهاز مثل الحاسوب أو نشاط آخر؟	١	٢	٣	٤	٥
10	هل يبعدك السكري عن ممارسة نشاطاتك الرياضية؟	١	٢	٣	٤	٥
11	هل تتغيب عن مدرستك نتيجة للسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
12	هل تضطر في بعض المواقف لشرح معنى أن تكون مصاباً بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
13	هل يعيقك السكري عن ممارسة نشاطاتك في وقت الفراغ؟	١	٢	٣	٤	٥
14	هل تشعر بالضيق نتيجة لإصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
15	هل تشعر أنك تذهب للحمام أكثر من الآخرين بسبب إصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
16	هل تأكل أطعمة لا ينبغي أن تأكلها بدلاً من إخبار الآخرين بأنك تعاني من السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
17	هل تخفي عن الآخرين حقيقة أنك مصاب بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
18	هل يمنعك داء السكري عن المشاركة في النشاطات المدرسية (مثل: المشاركة في مسرح المدرسة، الألعاب الرياضية..الخ)؟	١	٢	٣	٤	٥
19	هل يمنعك داء السكري من الخروج مع أصدقائك لتناول الطعام؟	١	٢	٣	٤	٥

الرقم	العبـــــــــارة	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
20	هل تشعر أن داء السكري سيعيقك عن اختيار المهنة التي تحب ممارستها في المستقبل؟	١	٢	٣	٤	٥
21	هل يبالغ والداك في حمايتك كنتيجة لإصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
22	هل يشعر والداك بالقلق حيال إصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
23	هل يتصرف والداك كما لو أنهم هم المصابون بالسكري و ليس أنت ؟	١	٢	٣	٤	٥

الجزء الثالث: التعليمات: أرجو منك قراءة العبارات التالية بدقة حيث أن لكل عبارة خمس خيارات، ضع دائرة حول الرقم الذي يتوافق مع شعورك فليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة فقط عبر عن رأيك بصراحة، لا تضع أكثر من دائرة واحدة لكل عبارة.

الرقم	العبـــــــارة	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
1	هل تشعر بالقلق حيال قدرة المصاب بالسكري على الزواج؟	١	٢	٣	٤	٥
2	هل تشعر بالقلق حيال قدرة المصاب بالسكري على إنشاء أسرة؟	١	٢	٣	٤	٥
3	هل تشعر بالقلق حيال إن كنت ستحصل على العمل الذي تريده في المستقبل كنتيجة لإصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
4	هل تشعر بالقلق حيال إن كنت ستفقد الوعي نتيجة للسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
5	هل تشعر بالقلق حيال إن كنت ستقدر على إكمال تعليمك؟	١	٢	٣	٤	٥
6	هل تشعر بالقلق لاختلاف جسمك عن أجسام الآخرين بسبب السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
7	هل تشعر بالقلق حيال إن كنت ستصاب بمضاعفات السكري؟	١	٢	٣	٤	٥
8	هل تشعر بالقلق كون أحدهم سيرضى بصداقتك بعد معرفته بإصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥
9	هل تشعر بالقلق لأن مدرسيك يعاملونك بشكل مختلف عن زملائك بسبب إصابتك بالسكري؟	١	٢	٣	٤	٥

الرقم	العبـــــــارة	لا	نادراً	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
10	هل تشعر بالقلق فيما إذا كان السكري سيعرقل قيامك بالأنشطة المدرسية (أداء مسرحي، عزف، ممارسة الرياضة.....)؟	١	٢	٣	٤	٥
11	هل تشعر بالقلق فيما إذا كان السكري سيمنعنك عن القيام بأمور مشتركة مع أصدقائك مثل الذهاب للرحلات أو القيام بالزيارات؟	١	٢	٣	٤	٥

الملحق رقم (8)

التعديلات على بنود مقياس نوعية الحياة

بنود المقياس	البنود المعدلة
ما مدى رضاك عن مدة الوقت الذي تستغرقه في تحديد نسبة سكر الدم لديك؟	ما مدى رضاك عن الوقت الذي تحتاجه لتحليل نسبة السكر في دمك؟
ما مدى رضاك عن مرونتك تجاه الحمية التي تتبعها؟	ما مدى رضاك عن التزامك بالحمية التي تتبعها؟
كم مرة شعرت بأن الألم مرتبط مع علاج داء السكري؟	هل تشعر بأن العلاج المستخدم للسكري يسبب لك الألم؟
كم مرة شعرت بالإحراج عند التعامل مع داء السكري في مكان عام؟	هل تشعر بالإحراج عند التعامل مع أعراض السكري أمام الآخرين؟
كم مرة عانيت فيها من عدم انتظام في النوم؟	هل تعاني من نوم سيئ نتيجة إصابتك بالسكري؟
كم مرة شعرت أنك مقيد نتيجة حميتك؟	هل تشعر أنك محروم من بعض الأطعمة؟
كم مرة شعرت أن داء السكري سوف يحد من خياراتك المتعلقة بالمهنة التي ستمارسها في المستقبل؟	هل تشعر أن السكري سيعيقك عن اختيار المهنة التي تحب ممارستها في المستقبل؟
كم مرة انتابك القلق حول تغير جسمك بسبب داء السكري؟	هل تشعر بالقلق لاختلاف جسمك عن أجسام الآخرين بسبب السكري؟
كم مرة انتابك القلق حيال معاملتك بشكل مختلف من قبل مدرسيك؟	هل تشعر بالقلق لأن مدرسيك يعاملونك بشكل مختلف عن زملائك بسبب إصابتك بالسكري؟
كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كان داء السكري سيمنعك من القيام بأمور مشتركة مع أصدقائك مثل المواعدة و الذهاب للحفلات؟	هل تشعر بالقلق فيما إذا كان السكري سيمنعنك عن القيام بأمور مشتركة مع أصدقائك مثل الذهاب للرحلات أو القيام بالزيارات؟
كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كان أحدهم سيخرج معك أم لا بسبب داء السكري؟	هل تشعر بالقلق حيال كون أحدهم سيرضى بصداقتك بعد معرفته بإصابتك بالسكري؟

بنود المقياس	البنود المعدلة
كم مرة انتابك القلق حول إذا ما كنت سترزق بالأطفال أم لا؟	هل تشعر بالقلق حيال قدرة المصاب بالسكري على إنشاء أسرة؟
ما مدى رضاك عن عملك ، مدرستك، أعمالك المنزلية؟	ما مدى رضاك عن علاقاتك مع أفراد أسرتك؟
كم مرة أبعدك داء السكري عن قيادة السيارة؟	هل يبعدك السكري عن قيادة الدراجة أو استخدام جهاز مثل الحاسوب أو أي نشاط آخر؟
كم مرة فاتك عملك، مدرستك، مهماتك المنزلية نتيجة داء السكري؟	هل تتغيب عن مدرستك نتيجة للسكري؟

Abstract: * ملخص البحث باللغة الإنكليزية:

Depressive Symptoms and its relation with Quality of Life In Children with Diabetes Mellitus (TYPE 1)

"" A FIELD STUDY IN DAMASCUS CITY ""

Diabetes is considered one of chronic diseases ,which may to associate with a person all his life .Diabetes can be attack people of different ages .It has two types: The first one (which depends on insulin), The second one (doesn't depend on insulin)

This research has included the depressive symptoms and it's relation with quality of life in a sample of children with diabetes mellitus (type 1) between(10-18) years old and have come constantly to clinics centers in Damascus city

Carrying out the research along with its implementation has many justifications, the existence of studies which indicate that the widespread of depression between children with diabetes, can reach two or three doubles in compare to those who are healthy, And the many changes in the manner of life that are required to be done with diabetes (type1), As taking drugs of insulin, the daily watching of blood sugar, diet and others else. This effects maybe reflected negatively on the quality of the, In addition. It was noted also the scarce or absence of Arab study, particularly the local ones, on the relation between depressive symptoms and quality of life in children with diabetes (type 1).

Consequently, the crux of the research was confined to the main question:

Is there a relation between depressive symptoms and quality of life in children with diabetes (type1)?

It aims at disclosing the relation between depressive symptoms, and quality of life in children with diabetes (**type1**); disclosing the changes in depressive symptoms according to (six, age, length of sickness, the number of times of going to hospital, other members with diabetes in the family, complication);and also disclosing the changes in quality of life according to (six ,age)

The importance of research comes up in first place in concentrating light on the quality of life in children with diabetes, which leads to a place that motivates for depression , in addition the officinal cadre must beware of how to deal with the psychological aspect on these children.

The research has come up of the following hypotheses:

-There is no indication relation between depressive symptoms, and quality of life among children with diabetes (type 1)

-There are no indication differences among average degree of depressive symptoms according to the (six, age, length of sickness, number of times of visiting hospital, existence of diabetics in the families and existence of complication) of children with diabetes (type 1).

-There are no indication differences among average degree of quality of life according to the (six and age) of children with diabetes (type 1).

The research endeavored to check up the validity of the hypotheses through applying on **certain selected sample** composed of (100) child with diabetes (type 1), (45) boys, (55) girls of ages from (10 -18)years old. from the total number which is about (308) children being frequent visitors to patients clinics of governmental hospitals in Damascus city .

In this research the **analysis descriptive category** has been adopted, the instruments were the Arab list of children depression , Indiana Diabetes Quality Of Life Questionnaire Youth , in addition to a file that was designed by the researcher.

Application of this tools took some three months as from twenty-fifth of April up to the first of August 2010 .

The research has come up with a collection of results: This has undergone some statistical rules by using (SPSS) the copy (15) ,from these ways the connection of Spearman Correlation and the connection of changes, Mann-Whitney to define the differences between two groups, and One-Way ANOVA to define the differences between three groups .

-The most important of these results was the existence of a negative connection relation between depressive symptoms and quality of life , i.e. when there is an increase in the depressive symptoms, there will be reduction in quality of life .

-It was proved that there are an indicating differences in the depressive symptoms in accordance to the agent of gender in favor of girls. There are also an indicating differences in the depressive symptoms in favor of group of ages of (16-18) years old . Also there weren't any indicating differences

according to the agents of (the length of injury – the many times of visiting hospitals – the complication of diabetes), whereas there are an indicating differences in the depressive symptoms according to the existence of members with diabetes in the family in favor of no existence of members with diabetes. Finally, it was indicated the absence of an indicating differences in the quality of life in accordance to the agent of gender , whereas there were an indicating differences according to the agent of ages between (10-12) and (16-18) years old in favor of elder group .

As for the goals of research , they have been met as a whole particularly what have to do with the relation between the depressive symptoms and quality of life in children with diabetes (type 1)

finally, some suggestions were laid down on the light of research results. We would mention here under some of them:

-To carry out researches and studies concerning the subject of depression among children with diabetes

-To carry out researches and studies deal with the quality of life widely and in details specially Arab studies ,where it was noted the scarce of them. and to deal with this matter in the frame of chronic diseases in general and diabetes in particular .

-To carry out researches and studies that aim to present instruction program for children with diabetes who suffer from depression. some researches indicate the danger of them together i.e. diabetes and depression.

-The afore mentioned research results offer a view which through we ensure on the importance of integration between the medicament of diabetes and the continuous watching for different psycho aspects, to keep the blood in its good level, and as a result to delay the complications which are caused in due to diabetes.